

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Bakalářská práce

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Sociální práce

Školní děti a jejich kontakt s marihuanou a tabákem

School children and their contact with marihuana and tobacco

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce panu PhDr. Kazimíru Večerkovi, PhD. za cenné rady a poskytnutou pomoc. Dále bych chtěla poděkovat ředitelům jednotlivých základních škol, kteří mi umožnili uskutečnění výzkumu.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 2. 8. 2016

.....

Hana Janatová

Abstrakt v českém jazyce

Cílem bakalářské práce bylo prozkoumat kontakt žáků ve starším školním věku s oblastí kouření tabákových výrobků a marihuany.

Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. V teoretické části je charakterizována cílová skupina, tedy žáci základních škol. Dalšími vysvětlovanými pojmy jsou riziková skupina, návykové látky, závislost a prevence rizikového chování. Empirická část obsahuje vlastní výzkum. Nástrojem pro zjištění výsledků bylo dotazníkové šetření, kterého se zúčastnili žáci na čtyřech základních školách v Ústeckém kraji.

Pomocí tohoto šetření bylo zjišťováno, jak dostupné jsou pro žáky tyto návykové látky; jaké jsou rozdíly ve zkušenostech s návykovými látkami mezi žáky základních škol ve městě a na vesnici; jaké jsou rozdíly ve zkušenostech s návykovými látkami mezi žáky, kteří mají pravidelné koníčky a žáky kteří je nemají.

Ze získaných dat vyplynulo, že pro žáky základních škol je snadné získat cigarety; že průměrný věk první zkušenosti s užíváním návykových látek je stejný u žáků těchto základních škol ve městě i na vesnici; a že existuje vztah mezi pravidelným kouřením cigaret a absencí volnočasových aktivit.

Klíčová slova: tabákové výrobky, marihuana, základní škola, dítě, návykové látky, rizikové chování, prevence.

Abstract in english

The goal of this bachelor thesis was to research the contact and relationship of older age students with smoking tobacco and marijuana products.

The thesis is divided into two parts, theoretical and empirical. In the theoretical part of the thesis I identified and characterized the goal group of the study, primary school students. Other terms that are defined and discussed in the thesis are at risk groups, addictive substances, addiction and the prevention of risky behavior. The empirical part of the thesis contains my own research. The data that was collected was obtained through a questionnaire completed by 7th, 8th and 9th grade students at 4 primary schools in the Ústecký region of Czech Republic.

Through the questionnaire I was able to identify the availability of addictive substances to primary school students; the comparison of children living in the city versus village and their different experiences using addictive substances, and the comparison of experiences between students that have regularly scheduled hobbies and those that have none.

The data collected was able to show that tobacco and cigarettes are easily available to primary school students; that the average age of first experiences with addictive substances is the same in the city as it is in villages; and that there is an existing relationship between the regular smoking of cigarettes in the absence of other free time activities.

Key words: tobacco products, marihuana, elementary School, child, addictive substances, risk behavior, prevention.

Obsah

Úvod.....	9
1 Děti a mládí – charakteristika cílové skupiny	10
1.1 Riziková skupina.....	11
1.2 Rizikové chování.....	12
2 Návykové látky – drogy.....	14
2.1 Rozdělení návykových látek	15
2.1.1 Tvrdé a měkké drogy	15
2.1.2 Návykové látky v legislativě ČR	15
2.2 Klasifikace návykových látek dle účinku	16
2.2.1 Skupina stimulačních drog.....	16
2.2.2 Skupina opiátů	18
2.2.3 Alkohol	19
2.2.4 Skupina halucinogenů.....	20
2.2.5 Skupina těkavých látek	22
2.2.6 Konopí a konopné látky.....	23
2.2.7 Nikotin a tabákové výrobky.....	25
2.3 Vývojové stupně užívání návykových látek	28
3 Závislost.....	29
3.1 Úzus – užívání.....	30
3.2 Abúzus – škodlivé užívání – zneužívání.....	30
3.3 Tolerance.....	31
3.4 Akutní intoxikace	31
3.5 Fyzická závislost	31
3.6 Psychická závislost.....	31
3.7 Odvykací stav – abstinční syndrom – abstinční příznaky	32
3.8 Čtyři stádia závislosti	32
4 Prevence rizikového chování	34
4.1 Prevence v rodině.....	34
4.2 Prevence ve škole – minimální preventivní program.....	35
4.3 Primární prevence	36
4.4 Sekundární prevence	37
4.5 Terciální prevence	38
5 Empirická část.....	39
5.1 Výzkumný cíl.....	39
5.2 Výzkumné otázky.....	39

5.3	Hypotézy	40
5.4	Výběr výzkumného nástroje	41
5.5	Výzkumný vzorek a vstup do terénu.....	42
5.6	Analýza dat.....	42
5.7	Interpretace získaných dat.....	43
5.7.1	Sociodemografické údaje respondentů	43
5.7.2	Kontakt respondentů s návykovými látkami	45
5.7.3	Volnočasové aktivity respondentů.....	55
5.7.4	Souvislost mezi volnočasovými aktivitami a užíváním návykových látek	56
5.7.5	Existence preventivních programů ve školách dle respondentů.....	58
6	Shrnutí.....	59
	Závěr	61
	Seznam použité literatury	62
	Příloha č. 1	Chyba! Záložka není definována.

Úvod

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na kontakt školních dětí s drogami. Konkrétně s cigaretami, společensky uznávanou drogou, legální a dostupnou v podstatě na každém rohu, také všeobecně dosti propagovanou, pomocí nejrůznějších reklamních kampaní; a marihuanou, coby postupně se rozšiřující nelegální látkou, která se stále častěji dostává do rukou mladších a mladších uživatelů. Nejen v běžném životě, ale také při mé práci terénního sociálního pracovníka se často setkávám s mladými kuřáky. Právě četnost výskytu dětských kuřáků, kteří jsou často žáky základních škol, byla jedním z impulzů, proč jsem zvolila právě toto téma. Zarážející je pro mě i fakt, že se s mladými kuřáky můžeme běžně setkat na veřejných místech, jako jsou parky nebo ulice ve městech. Není výjimkou vidět skupinky dětí kouřící před školami těsně před začátkem vyučování. Mladí uživatelé tabáku se za své kouření nestydí, neschovávají se a berou to sami jako běžnou, normální věc. Z různých průzkumů, na něž jsem při hledání pramenů narazila, vyplývá, že věk první zkušenosti s cigaretou se snížil pod hranici deseti let, což je velmi alarmující zjištění.

V teoretické části zaměřuji se i na definování cílové skupiny, mého následujícího výzkumu, tedy žáků základních škol. Popisuji téma rizikového chování a oblasti nejčastějšího výskytu tohoto chování u cílové skupiny. V dalších kapitolách se zaměřuji na problematiku návykových látek a závislostí, popisuji pojmy související s těmito jevy a detailněji se zaměřuji na charakterizování specifík tabákových výrobků a marihuany. Specifikuji prevenci rizikových jevů u žáků základních škol.

V empirické části poté zkoumám kontakt dětí s tabákem a marihuanou na čtyřech základních školách v Ústeckém kraji. Průzkumu se účastnili žáci 7., 8. a 9. tříd. Jako metodu výzkumu jsem použila dotazníkové šetření. V dotaznících, se mimo zkušenosti s návykovými látkami, zaměřuji také na oblast trávení volného času těchto dětí, plány do budoucího života, postoje jejich rodičů u určitým jevům, zjišťuji sociodemografické údaje jednotlivých žáků.

1 Děti a mladiství – charakteristika cílové skupiny

S ohledem na téma práce charakterizují v následující kapitole cílovou skupinu v kontextu rizikového chování, spojeného s užíváním návykových látek. Cílovou skupinou jsou děti staršího školního věku, konkrétně žáci základních škol v 7. 8. a 9. třídách.

V průběhu celého života prochází každý člověk řadou změn. Avšak dovoluji si říct, že období adolescence může být tou nejsložitější etapou v životě každého jedince. Nejen že se mění tělo dospívajících, ale také pohled na svět, koníčky, zájem o druhé pohlaví, vnímání světa či vzájemné porozumění s rodiči zásadně mění svou podobu. Mladí lidé hledají své místo na tomto světě, utváří si názory na jednotlivé společenské jevy a mohou v těchto oblastech často tápat. Na řadu přichází v tomto období i výběr povolání a s tím spojený odchod ze základní školy. Důležitou sociální skupinou se pak pro dospívající stává skupina vrstevníků. Potřeba sdílení, ať už zážitků, starostí a radostí, poznatků a mnohých dalších jevů, se přesouvá od rodičů právě k přátelům. Není divu, že některé dospívající tyto změny natolik překvapí, že hledají útočiště v „náruči“ návykových látek, nebo jiných, často nebezpečných, potěšení.

Dospívání zahrnuje komplex změn, při kterých dochází k vývoji od nezralého a závislého jedince k jedinci relativně soběstačnému – dospělému. „*Tento komplex změn zahrnuje složku biologickou, sociální a psychickou a můžeme jej rozdělit do dvou základních období:*

1) pubertu – dosažení pohlavní zralosti a možnosti plodit,

2) adolescenci – psychické a sociální dospívání s cílem dosáhnout statutu dospělého“
(Kalina, 2003, s. 232).

První tzv. rychlou fází dospívání je puberta, ve které převažují biologické změny. Dosažením základní pohlavní zralosti, tedy schopnosti se reprodukovat, toto období vrcholí a také končí. Následuje druhá fáze psychosociálního vývoje, kterou nazýváme adolescenci. Adolescence zastupuje zvláštní období emočního vnímání. Jedinec o sobě přemýšlí, pochybuje o sobě. Emoční stav jedince silně ovlivňuje rozhodovací pochody a poznávání. Adolescenti jsou také více senzitivní, dalo by se říct až přecitlivělí, vůči stresovým podnětům. Časté změny nálad, impulzivní jednání a nepředvídatelnost reakcí jsou častými jevy. Tyto zvláštnosti souvisí s přizpůsobováním biologickým, psychickým a sociálním podmínkám (Kabíček, Csémy, & Hamanová, 2014, s. 17-23). Období puberty je také nazýváno jako starší školní věk a jedná se o věkovou skupinu přibližně od 11 do 15 let (Matějček, 2000, s. 62). Avšak dělení dle věku je

pouze orientační, neboť je začátek i průběh adolescence velmi individuálně variabilní. Odlišnosti jsou patrné jak u jednotlivců, tak i mezi pohlavími, přičemž dívky zpravidla somaticky dospívají dříve než chlapci (Kabíček et al., 2014, s. 18).

Dospívání je specifickou částí života, kdy se dítě postupně odděluje od rodiny a vytváří si podklady pro budoucí samostatný život. Tato fáze bývá provázena určitou kritičností vůči rodičům a autoritám. Jistá kritičnost, je-li přijata s láskou a porozuměním, je pro utváření budoucí osobnosti nutná. Dospívající si rámec rodinných vztahů doplňují o rámec vztahů s vrstevníky a kamarády, tato skupina je pro lidi tohoto věku velmi důležitá. Kamarádi mohou pomoci se drogám vyhnout, ale zároveň také představují v tomto směru jisté nebezpečí (Nešpor & Csémy, 2003, s. 10). „*Sklon experimentovat s rizikem je věku dospívání odedávna vlastní; za normální součást vývoje však lze považovat pouze jeho přechodné trvání a také jeho omezenou míru, která ještě neznamena ohrožení jedince a nepředstavuje chování problémové. V posledních desetiletích však výrazně přibýlo mladých, kteří přijímají rizikový – problémový způsob života, jehož možné následky je ohrožují a nezřídka i poškozují*“ (Kabíček et al., 2014, s. 32, 33).

1.1 Riziková skupina

Pojem „riziková skupina“ používáme pro označení určité skupiny dělené dle věku, zájmů, profese apod., která je více než zbytek populace ohrožená negativními sociálními nebo zdravotními jevy. V souvislosti s užíváním návykových látek můžeme pak celou kategorii mladistvých považovat za rizikovou. Jednotlivá skupinová rizika mohou být určována profesně (např. studenti, hudebníci, zdravotníci apod.), sociálně (např. mladí nezaměstnaní, členové sídlištních part, prostitutky a prostituti apod.) či etnicky. Individuální riziko u daného jedince zvyšují zejména psychické problémy a poruchy, poruchy chování a učení, genetické predispozice a disfunkční primární rodina. Rovněž děti, sourozence a partnery uživatelů drog lze pokládat za osoby se zvýšeným rizikem (Kalina, 2001, s. 79).

Vedle rizikových skupin můžeme zmínit i rizikové vlastnosti pro vznik závislosti. Těmito vlastnostmi jsou:

- Psychická nestálost a neustále změny názorů
- Zvýšená emoční labilita
- Impulzivní jednání

- Nezdrženlivost
- Hysteroidní rysy osobnosti, sebestřednost, sebeláska (Společnost pro prevenci nemocí, ©2016).

1.2 Rizikové chování

Pod pojmem rizikové chování dle Miovského a Zapletalové (2006, s. 17) rozumíme takové chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo společnost. Tímto pojmem nahrazujeme doposud používaný termín sociálně patologické jevy, neboť tento termín je jednak stigmatizující, normativně laděný a klade příliš velký důraz na společenskou normu.

Bylo prokázáno, že se projevy rizikového chování často vyskytují společně, často také mají stejné příčiny a stejné rizikové i ochranné faktory pro svůj vznik. Jde především o následující druhy rizikového chování: zneužívání návykových látek včetně alkoholu, delikvence a předčasný sexuální život. Tyto jevy proto v tomto kontextu tvoří určitý syndrom rizikového chování (Jessor, 1998, s. 2, 3). Níže uvádím jednotlivé příčiny rizikového chování a jejich rizikové a ochranné faktory tak, jak je definuje Jessor (1991, s. 602).

1. Biologie/Genetika

Rizikové faktory: Alkoholismus v rodině

Ochranné faktory: Vysoká inteligence

2. Sociální prostředí

Rizikové faktory: Chudoba, normativní anomie, rasová nerovnost, nezákonná příležitost

Ochranné faktory: Kvalitní školy, soudržná rodina, zdroje v okolí, zájem dospělých

3. Vnímané prostředí

Rizikové faktory: Modely deviantního chování, normativní konflikt rodičů-kamarádů

Ochranné faktory: Modely konvenčního chování, vysoké kontrolní mechanismy vůči deviantnímu chování

4. Osobnost

Rizikové faktory: Malé vnímané životní šance, malá sebeúcta, sklony k hazardování

Ochranné faktory: Důraz na úspěchy, důraz na zdraví, netolerování deviací

5. Chování

Rizikové faktory: Problémové pití alkoholu, špatná práce ve škole

Ochranné faktory: Chůze do kostela, práce ve školních a zájmových kroužcích.

Hamanová (2000, s. 15) uvádí, že rizikové chování dospívajících, může přímo nebo nepřímo ohrozit prospěch, zdraví, ale i celý další život mladých lidí.

2 Návykové látky – drogy

Drogy jsou velkým tématem současného světa, které si jistě zaslouhuje náležitou pozornost. Návykové látky ovlivňují nejen jedince, kteří je konzumují, ale bezpochyby také jejich okolí. Mají vliv na organismus, přirozený vývoj a zdraví uživatelů. Ovlivňují pohled na svět a hodnotový systém těch, kteří se stávají na droze závislími. Nemůžeme opomenout ani negativní dopad na finanční stránku životů závislých osob. Drogy se podepisují na vzhledu, dokáží změnit tvář k nepoznání. Ovlivňují myšlení a celkové vnímání společnosti. Na otázku: „Co je návyková látka, nebo droga?“ může každý člověk odpovědět jinak. Někteří vnímají návykovou látku pouze jako společensky neuznávanou, či nelegální látku, která ovlivňuje daného jedince a způsobuje určitý zvyk a nutkání látku vyhledávat a opakovat její užívání. Jiní mohou zmínit, že droga je něco, na čem může u člověka vzniknout závislost, takže uvedou kávu či jinou obyčejnou potravinu, kterou člověk konzumuje pravidelně z nějakého subjektivního důvodu. Jiní mohou například přidat do seznamu i nějaké činnosti. Co o problematice ale soudí odborná literatura, uvádím níže.

Termín „drogy“ užíváme pro návykové látky, jejichž účinné složky vyvolávají pocity opojení, otupení, či povzbuzení nebo další pestrou škálu prožitků. Současně mohou poskytovat úlevu od tělesných i psychických obtíží (Heller, 1996, s. 36). Existuje celá řada definic, které vysvětlují co je to droga, ale nejstručněji lze za drogu považovat každou látku, ať již přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky:

1. „má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše „vnitřní“ naladění prostě působí na psychiku

2. může vyvolat závislost, má tedy něco, co se z nedostatku vhodnějšího pojmenování někdy označuje jako „potenciál závislosti“ (J. Presl, 1995, s. 9).

Dle Ilustrovaného encyklopedického slovníku češtiny označujeme drogu, z francouzského „drogue“, jako „a) sušené nebo jinak konzervované chemické látky rostlinného nebo živočišného původu sloužící jako léčiva, popř. pomocné farmaceutické látky či suroviny k výrobě léčiv, b) léčivo obecně, či c) je droga přeneseně omamná látka přírodní nebo syntetická“ (Kolektiv autorů, 1980, s. 523). Návyk je v téže publikaci definován jako „1. opakováním získaný sklon k vykonávání určité činnosti. Vybavuje se automaticky, bez uvažování a rozhodování. Vzniká buď bezděčně, prostým opakováním, nebo se tvoří záměrně

cvikem. 2. postupné snižování účinnosti látky (např. léčiva) při dlouhodobém opakovaném podávání“ (Kolektiv autorů, 1981, s. 631).

Dalo by se tedy říci, že v různých ohledech by měli pravdu všichni, ať už odpověď byla jakákoliv. Oblast návykových látek a drog však obsahuje mnoho pojmů a výrazů, které je nutné pro pochopení problematiky vysvětlit. Pojmům, jako je intoxikace, abúzus, závislost, abstinenční příznaky, ovlivnění organismu uživatelů či rozdělení jednotlivých druhů návykových látek, se budu věnovat v dalších kapitolách.

2.1 Rozdělení návykových látek

Existuje několik možností jak k dělení přistupovat, návykové látky se dají klasifikovat hned do několika kategorií. Například dle toho, jak o nich hovoří platná legislativa ČR, dle působení účinných látek na organismus a jejich účinků nebo jedním z nejznámějších způsobů, na drogy tzv. „měkké a tvrdé“.

2.1.1 Tvrdé a měkké drogy

Neboli také „lehké a těžké“ drogy jsou rozdělovány dle míry rizikovosti jednotlivých látek a také mírou škodlivosti pro lidský organismus. Mezi drogy lehké můžeme zařadit např.: tabákové výrobky všeho druhu, kávu, produkty konopí (marihuana, hašiš) nebo alkohol. Mezi drogy tvrdé, které již mají razantní účinky na jaterní tkáň, žaludeční sliznici, mozek a další orgány, můžeme zařadit např. pervitin, heroin, kokain, toluen... Tento způsob dělení může být v některých případech poněkud nepřesný a zavádějící, protože i při nadužívání již zmiňovaného alkoholu může dojít ke změnám v jaterní tkáni a žaludeční sliznici, a tedy by se zařazoval mezi drogy tvrdé, i přesto, že je ve společnosti jednou z nejpopulárnějších látek (J. Presl, 1995, s. 10, 11).

2.1.2 Návykové látky v legislativě ČR

Návykovými látkami se v České Republice zabývá zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů. Tento zákon upravuje dle §1 (1) a) zacházení s návykovými látkami, jejich vývoz, dovoz a tranzitní operace s nimi, b) zacházení s přípravky obsahujícími návykovou látku a c) pěstování máku, konopí a koky a vývoz, dovoz a zneškodňování makoviny. K této normě se pojí také nařízení Vlády České republiky č. 463/2013, o seznamech návykových látek, účinné od roku 2014. Opomenout nemohu ani zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky,

alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. Tento zákon stanovuje dle §1 (1) a) opatření směřující k ochraně před škodami na zdraví působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, b) opatření omezující dostupnost tabákových výrobků a alkoholu a c) působnost správních úřadů a orgánů územních samosprávných celků při tvorbě a uskutečňování programů ochrany před škodami působenými užíváním tabákových výrobků, alkoholu a jiných návykových látek. §6 (1) tohoto zákona poté uvádí, že prodávat tabákové výrobky a tabákové potřeby a elektronické cigarety osobám mladším 18 let se zakazuje.

2.2 Klasifikace návykových látek dle účinku

2.2.1 Skupina stimulačních drog

Jednoduše řečeno jde o látky, jejichž základním efektem je celková stimulace či povzbuzení psychiky i tělesné aktivity. „*Záludné nebezpečí spočívá v tom, že aktivizující účinky jsou pouze dočasné*“ (Marádová, 2006, s. 12). Můžeme říci, že jsou ve společnosti celosvětově oblíbené a nalezneme mnoho různých látek právě se stimulačním účinkem (J. Presl, 1995, s. 15).

Do této skupiny patří například:

Pervitin – metamfetamin

Slangově také „perník“, „pěčko“, „parno“, „piko“ patří do širší skupiny amfetaminových drog, resp. derivátů základní stimulační látky amfetaminu. „*Pervitin je u nás nejčastěji problémově užívanou drogou. Využívá se jako levná tuzemská stimulační látka nahrazující taneční drogy. Vyrábí se z některých prodejných léků v domácích „varnách“, tyto zdroje však nahrazuje velkovýroba*“ (Svobodová, 2009, s. 80). Presl (1995, s. 15) uvádí, že potřebné chemikálie lze snadno získat a i další vybavení potřebné pro „var“ se nachází v podstatě v každé domácnosti, protože se jedná například o chladničku či teploměr. Současně ale autor zmiňuje, že ke skutečné výrobě je třeba znalostí na úrovni alespoň chemické průmyslovky. Existuje také však mnoho oponentů, kteří tvrdí, že to není pravda. Důkazem toho mohou být jednoduché recepty na výrobu pervitinu, které se prodávají mezi mládeží. Rizikem tohoto podomácku vyrobeného pervitinu je nečistota vyrobené látky. Znaky toho, že se nejedná o čistý produkt, mohou být různá zabarvení do žluta či fialova. Zabarvení ukazuje, že látka obsahuje příměs jodu či jiných látek, nebo také svědčí o tom, že konečného produktu nebylo vůbec dosaženo a jedná se o pouhý „mezistupeň“. Užití vyvolává vzestup energie, uživatelé

často tráví noci aktivně a ztrácí potřebu jídla, objevuje se také příval euforie. Při častém užívání se mohou dostavit paranoidní stavy, tzv. „stíhy“ (Svobodová, 2009, s. 80). *„Jde o rozvoj závažné duševní poruchy způsobené právě stimulační drogou – o rozvoj paranoidního či paranoidně-halucinatorního syndromu v rámci vznikající toxické psychózy. Jde o onemocnění svými příznaky srovnatelné s jinou psychiatrickou diagnózou – schizofrenií“* (J. Presl, 1995, s. 16, 17).

Kokain

Slangově označovaný jako „koks“, „sníh“, „snow“, nebo také ve formě upravené pro kouření „crack“. *„Jde o přírodní drogu, alkaloid obsažený v listech keře Erythroxylon Coca. Tato droga je zajímavá tím, že její užívání v původní podobě – tedy žvýkání listů obsahující kokain – je klasickým příkladem tzv. společenského abúzu, tedy společensky tolerovaného dlouhodobého brání drogy, spjatého s určitou kulturou – zde s kulturou jihoamerických Indiánů. Kokové keře byly známy již starým Inkům v době 2000 př. n. l. a byly úzce spjaty s jejich náboženským a státním životem“* (J. Presl, 1995, s. 17). Mimo to byla tato substance užívána i jako prostředek ke zvýšení výkonu, nebo tišení hladu a žízně (Göhlert, 2001, s. 65). Chemicky čistý kokain byl poprvé izolován v roce 1860 v Německu, byly popsány jeho farmakologické účinky a začal být využíván v medicíně jako lokální anestetikum. Kokain se šnupe, užívá se ústy – pomocí vtírání do dásní, smíchaný např. s práškem do pečiva se kouří, nebo je možné jej užít i injekčně. Způsob jeho užívání často podléhá určitým módním trendům. Základními účinky jsou celkové oživení, povzbuzení, dobrá nálada, zvýšené sebevědomí a sebehodnocení, snížení chuti k jídlu, nepocitování žízně a malá potřeba spánku. U kokainu je zdůrazňováno zvýšení sexuální „chuti“ a vystupňovaná sexualita. Stejně jako u pervitinu je zde možnost rozvinutí paranoidního chování a toxické psychózy (J. Presl, 1995, s. 17, 18).

Ecstasy – MDMA

Jedná se o syntetický derivát amfetaminu, nejčastěji prodáváný jako tablety různé podoby – barevné, nebo průhledné, často s vpisy písmen, nebo obrázky zvířat a dalších symbolů. Používá se jako taneční droga (člověk je schopen být extrémně fyzicky aktivní, třeba i několik hodin v kuse tančit) a spojuje vlastnosti stimulancií a halucinogenů (Svobodová, 2009, s. 82). Na trhu nalezneme již tři substance – MDMA, MDEA a MDEA. Amfetaminy aktivují tělo obecně. Zlepšují sebehodnocení a sounáležitost s ostatními, potlačují únavu, pocit hladu a žízně, stupňují aktivitu srdečního a oběhového systému. Zornice bývají maximálně rozšířené. Varovné systémy v těle jsou porušeny, což vede k nejčastěji objevujícím se následkům –

zvýšené teplotě a ztrátě vody, což může vést až k celkovému kolapsu organismu (Göhlert, 2001, s. 56). Jako nežádoucí účinky při intoxikaci můžeme jmenovat např. pocity nervozity, nutkavé až křečovitě skřípání zubů, nespavost po odeznění účinků a únava až pocity deprese i druhý den po intoxikaci. Byly zaznamenány i případy úmrtí po intoxikaci touto substancí. Kromě rizik vycházejících z užívání často nečistých chemikálií spočívá hlavní riziko v poškození psychiky. I u ecstasy můžeme časem pozorovat nebezpečný stav toxické psychózy (J. Presl, 1995, s. 21). Göhlert (2001, s. 58) uvádí, že po letech užívání může mimo poškození mozku nastat také tzv. amotivační syndrom. Jedná se o klinický obraz nemoci, který se vyznačuje nedostatkem podnětů a afektivní plochostí, spojenou s vymizením zájmů, značnými poruchami koncentrace a schopnosti zapamatování. Již po několika desítkách užití dochází ke změně osobnosti.

2.2.2 Skupina opiátů

Psychotropní efekt u opiátů můžeme popsat jako celkově zklidňující. Po konzumaci nastává stav příjemného uvolnění a uklidnění, příjemného pasivního prožívání okamžiku spojeného s odstraněním naléhavosti problémů běžného života. Tyto charakteristické vlastnosti jsou však patrné jen vnitřně, navenek nejsou znatelné žádné nápadné znaky. Ty se objevují až při předávkování a u opiátů jsou tyto znaky popsány jako ospalost až spánek, který se může prohlubovat až do kómatu, v krajním případě může dojít až ke smrti, která je způsobena zástavou dýchání a oběhu. Typické pro tuto skupinu návykových látek je rychlý vzrůst tolerance. Z původních dávek v desítkách miligramů dochází poměrně rychle ke zvyšování na stovky miligramů (J. Presl, 1995, s. 24, 26).

Tato skupina drog je nazývána právě takto, protože se jedná o alkaloidy získávané z tzv. surového opia – na vzduchu zasychající tekutiny žlutozelené barvy, kterou získáme po naříznutí nezralé makovice (*papaver somniferum*) (J. Presl, 1995, s. 23).

Do této skupiny patří například:

Heroin

Tuto substancí můžeme označit jako nejčastěji užívanou tlumivou látku, jejíž užití vyvolá bezprostřední pocit euforie. Jedná se o polosyntetický derivát morfinu, získaného z rostliny máku setého (Svobodová, 2009, s. 81). Slangově je označován také jako „eic“, „háčko“, herák“, „herodes“ nebo „héro“. Užívá se nyní pouze jako omamný prostředek. Aplikace této látky probíhá kouřením z „folie“, šňupáním, nebo nitrožilně injekcemi. Při injekci nastává účinek, nebo jinak také stav zvaný „kick“, po sekundách. Tento jev je přirovnáván

k orgasmu, celé tělo zaplavuje pocit proudu tepla a je doprovázen všezahrnující euforií. Pokud jedinec zvolí jiné než injekční podání, je nutkání zkusit i ostatní formy aplikace tak silné, že jedinec této touze jen těžko odolává. Psychická závislost vzniká velmi rychle, v některých případech i po prvním užití. Typickým znakem po užití jsou silně zúžené, až špendlíkovité zornice. Dostavuje se také častá nevolnost, zácpa a u žen vynechání menstruace. V krajním případě může nastat zástava dechu a rapidní pokles srdeční frekvence, který může vést až ke smrti (Göhlert, 2001, s. 71–73).

Morfin

Jedná se o účinnou látku opia, jež roku 1804 objevil lékárník Friedrich Wilhelm Sertürner. Své jméno tato látka získala po řeckém bohu spánku – Morpheovi. Tento objev znamenal počátek moderní anestezie a je i v dnešní době využíván jako účinný prostředek ke zmírňování bolesti při zraněních (Göhlert, 2001, s. 71). „*Přesto, že se omezeně vyskytovalo a vyskytuje zneužívání a závislost na morfinu (hlavně u profesionálních zdravotníků), morfinismus se u nás výrazněji nerozšířil*“ (J. Presl, 1995, s. 23).

2.2.3 Alkohol

Alkohol řadíme mezi látky tlumivé, ačkoliv jsou jeho účinky velmi všestranné a nabízí široké spektrum účinků. Nejvíce je vyhledáván pro své účinky na lidskou psychiku, ale mimo to poskytuje také chuťové požitky, dodává vodu, elektrolyty a do jisté míry i živiny. Alkohol je název pro celou skupinu organických látek, které odvozujeme od uhlovodíků nahrazením atomu vodíku skupinou OH. Většina alkoholů jsou však prudké jedy, pouze jeden z nich – ethylalkohol (ethanol) – je v malých dávkách slučitelný s lidským životem a zdravím. Ethanol vzniká kvašením cukrů účinkem kvasinek (Heller, 1996, s. 55). Alkohol je lidmi užíván již dlouho; tato substance je známá již z prehistorické doby, kdy byly pěstovány různé druhy rostlin nejen k výživě, ale také k cílené výrobě alkoholu (Göhlert, 2001, s. 79).

Do těla je přijímán ústy, vstřebává se v průběhu celého trávicího traktu, nejvíce však v tenkém střevě. Jeho vstřebávání závisí na řadě okolností, především na náplni žaludku, na prokrvení jeho sliznice a na koncentraci požitého nápoje. Odbourávání poté probíhá konstantní rychlostí v jaterní buňce, která je vybavena potřebnými enzymy i zdroji energie. Rychlost odbourávání nelze ovlivnit a je individuální u každého jedince. Účinky alkoholu jsou nejprve povzbuzující, přichází pozvednutá veselá nálada, uživatel se cítí více sebevědomý, dokáže lépe komunikovat i s neznámými osobami, vše je pro něj snadné a problémy jsou potlačeny, sexuální

zábrany opadávají. Koordinace pohybů i výslovnost je zhoršená. Při vyšší míře intoxikace přichází oslabení pozornosti, únava, hluboký spánek až kóma. Člověk v kómatu po požití alkoholu je ohrožen aspirací zvratků a také hrozí útlum dechového centra a zástava dýchání. Alkohol způsobuje celkový útlum centrální nervové soustavy. Nejdříve poškozeným orgánem při užívání alkoholu jsou játra (Heller, 1996, s. 55, 56, 59).

2.2.4 Skupina halucinogenů

„Návykové látky s halucinogenními účinky jsou jednou z nejvíce vědecky zkoumaných skupin drog. Velikou pozornost vědců i laiků přitahuje nejen jejich neobvyklé působení na psychiku člověka, ale především jistá tajemnost, možná až mystičnost spojená s těmito účinky“ (Marádová, 2006, s. 13). Jedná se o látky jak přírodní, tak syntetické, jejichž základním účinkem při požití je změna vnímání. Většinou jde o látky s nevyzpytatelným účinkem, zejména pokud je užívají osoby, co s nimi neumí správně zacházet. Halucinogenní drogy byly totiž vždy spjaty s náboženskými rituály. Zásah do psychiky u těchto drog je tak silný, že se rituální užití stává jednoznačným obranným mechanismem těla (J. Presl, 1995, s. 39). Typickými projevy po užití jsou optické halucinace, člověk často vidí neexistující předměty, slyší neexistující zvuky, zaznamenává místní a časové poruchy orientace a změny v tělesných pocitech. Hranice mezi vlastní osobou a prostředím jsou pociťovány jako uvolněné až zrušené, myšlenky se překrývají a navzájem ovlivňují (Göhlert, 2001, s. 61). *„Užití nízkých dávek halucinogenních drog může mít kvalitativně zcela odlišný efekt od dávek plně účinných. Kromě toho hovořit o riziku závislosti je sporné. Abstinenční syndrom se v této skupině látek nevyskytuje, nedochází k fyzickým poškozením organismu a závislost se ve své typické podobě nevyskytuje“* (J. Presl, 1995, s. 39). I přes to existuje mnoho rizik, spojených s užíváním těchto látek. Uvést můžeme riziko spojené s neznalostí množství aktivní látky v substanci, hrozí tedy nechtěné předávkování účinnou látkou, které má za příčinu depresivní nálady, hororové vize vedoucí v krajním případě až ke vzniku psychózy, případně dochází k obranným reakcím jako je útěk, či útok na neexistující předměty. V těchto situacích se může uživatel snadno zranit, nebo až zabít. Časté jsou také tendence k sebevražedným myšlenkám (Göhlert, 2001, s. 62).

Do této skupiny patří například:

LSD

„Je semi-syntetická droga odvozená od kyseliny lysergové, která je jedním z alkaloidů námelu (útvár vytvořený na obilném klasu parazitující houbou). Látka byla objevena Albertem Hoffmanem v r. 1943, její silné halucinogenní účinky byly zpozorovány při práci s ní náhodou a následně potvrzeny. Krátkou dobu bylo LSD užíváno v psychiatrii jako registrovaný léčebný přípravek (Delysid), bylo však brzy staženo pro množství škodlivých vedlejších účinků“ (Kalina, 2001, s. 51). V šedesátých letech bylo její užívání markantně propojeno s hnutím hippies, experimenty s touto substancí ovlivňovaly hudbu i výtvarné umění. Účinek drogy je nevypočitatelný a může vyvolat post-halucinogenní poruchy nazývané jako „flash back“, jedná se o situaci, kdy i po déletrvající abstinenci dochází k subjektivním prožitkům intoxikace, bez toho aby byla droga znovu užita (J. Presl, 1995, s. 40). LSD můžeme najít hned v několika formách – jako napuštěné papírky potištěné nejrůznějšími obrázky a motivy, želatinové plátky nebo kuličky, minitablety (mikrotrip), pilule či kapsle a někdy také jako tekutinu (acidin). Účinek nastupuje po 30-60 minutách a trvá 8-12 hodin. Typickými vyhledávanými účinky jsou změny myšlení a smyslového vnímání – hlavně barevné vidění, vnímání zvuků a zesílené hmatové vjemy, "rozšíření vědomí". Nežádoucí účinky poté zahrnují spolu s halucinacemi i zvýšenou úzkost, roztěkanost až zmatenost, dezorientaci a paranoidní pocity při tzv. "bad trips". Zvýšené je také riziko úrazu v důsledku změny vnímání a emocí (Kalina, 2001, s. 51).

Psilocybin

Jedná se o přírodní drogu obsaženou v lysohlávce české (*Psilocybe Bohemica*), houbě rostoucí na území České republiky, ale také v jiných houbách, např. *Psilocybe mexicana* Hein, rostoucí na území Mexika. Některá místa jsou u nás známá svým hojným výskytem této houby, proto jsou také tajená skupinami, které o tomto výskytu vědí. Najít pravou lysohlávku a odlišit ji od některých podobných hub není vždy tak jednoduché a může dojít ke snadné záměně. Problematický je u konzumace sušených, čerstvých, nebo i jinak zpracovaných hlaviček hub, odhad účinné dávky, protože se obsah psilocybinu může v různých lokalitách lišit. Tím se zvyšuje riziko předávkování a kontrola intoxikace je velmi obtížná. Proto je doporučováno při konzumaci požit pouze menší množství hub a případně, s odstupem alespoň jedné hodiny, konzumaci opakovat. Menší počet hlaviček způsobuje stav výrazné euforie a smíchu, pocity pohody a vyrovnanosti. Vyšší dávky vedou ke zrakovým iluzím, deformacím předmětů a zvuků (J. Presl, 1995, s. 41, 42). Tělesné pocity jsou změněné, je navozen pocit lehkého vznášení, ale

může docházet až k poruchám rovnováhy a orientace. I u této substance může, obzvláště při špatně odhadnuté dávce, nastat „bad trip“ (Göhlert, 2001, s. 63). Vysoké dávky mohou způsobit vážná a nevratná poškození jater a ledvin (Marádová, 2006, s. 13).

2.2.5 Skupina těkavých látek

Do této skupiny návykových látek patří organická rozpouštědla a ředidla, lepidla, barvy, benzín, nafta, čisticí prostředky a některé plynné látky, např. éter a rajský plyn. Jednotlivé těkavé látky se od sebe liší chemickým složením, způsobem účinku a klinickým obrazem (Marádová, 2006, s. 14). Jedná se o substance odpařující se při běžných pokojových teplotách. Inhalují se pro své psychoaktivní účinky (také bývají nazývány inhalanty, inhalancia). Některé jsou toxické pro játra, ledviny nebo srdce, jiné poškozují mozek, anebo periferní nervovou soustavu. Látky bývají čichány rovnou z láhve, z namočené tkaniny přikládané k nosu a ústům (sniffing), z igelitových sáčků (což kromě intoxikace způsobuje i nedostatek kyslíku v organismu a hrozí až usušení uživatele) či bývají látky čichány pod dekou. Zámky intoxikace jsou pak netečnost, poruchy psychomotoriky, euforie, bojechtivost, poruchy vnímání provázené živými barevnými halucinacemi, závrať, svalový třes, dochází k útlumu, ke spánku, který může přejít až v kóma (Kalina, 2001, s. 90).

Do této skupiny patří například:

Toluen

„Je organické rozpouštědlo a jako takové hrubě poškozuje tkáň organismu, se kterými se setkává. Vdechování koncentrovaných par toluenu (pro zvýšení koncentrace často pod dekou, či s hlavou v igelitovém pytlíku) vede k poškození dýchacích cest. Postupně dochází k prokazatelnému poškození jaterní tkáň. Při pitvách jedinců zemřelých na předávkování byly prokázány až makroskopicky patrné změny mozkové kůry“ (J. Presl, 1995, s. 43). Účinek se po požití dostavuje během několika minut a je krátkodobý. Tato látka je volně prodejná v obchodech a drogeriích a je relativně levná (Marádová, 2006, s. 14). Toluen je nazýván „drogou hloupých“. Při aplikaci můžeme jen těžko odměřit přesnou dávku, to je také největším rizikem, protože se markantně zvyšuje možnost nechtěného předávkování. Při čichání dochází k postupnému zakalování vědomí a polospánku, provázeného živými barevnými sny. Jestliže není uživatel schopen dalšímu přísunu drogy zabránit (např. pokud ji užívá pod dekou, bez přísunu kyslíku), prohlubuje se spánek do bezvědomí až kómatu a dochází k zástavě dechu a oběhu (J. Presl, 1995, s. 44).

2.2.6 Konopí a konopné látky

Jako jednu z posledních kategorií návykových látek uvádím konopí a konopné látky. S ohledem na téma práce níže detailněji specifikuji tuto všeobecně známou a dalo by se říct i populární návykovou látku. Skupina lidí, kteří užívání konopných látek podporují, se stále zvětšuje. Důkazem o nárůstu popularity mohou být i nejrozmanitější propagační akce a pochody, jako je například Million Marihuana March – demonstrace za legalizaci konopí, který letos proběhl již jako devatenáctý ročník. (Veverka, ©2016)

Konopí bylo k různým účelům lidmi užíváno přibližně stejně dlouho jako jiné přírodní, halucinogenní látky. Nejstarší písemné památky byly nalezeny u prvních starověkých civilizací a i některé dříve nalezené předměty, či umělecká vyobrazení směřují k tomu, že bylo konopí využíváno již před 6–9 tisíci lety, především pro hospodářské a léčebné účely, ale stejně tak mohlo být mnohými kulturami využíváno při šamanských a duchovních rituálech (Miovský, 2008, s. 57).

Jedná se o rostlinu *Cannabis sativa*, konopí seté, přicházející původně z Indie. Konopí v sobě obsahuje více než 400 účinných látek. Hlavní psychoaktivní složka je známá jako THC (*tetrahydrocannabinol*) (Engelander, Lang, Lacy & Cash, 2010, s. 68). Různé rostliny, různé odrůdy, ale i různé části rostliny se liší obsahem právě této psychotropní látky a v souvislosti s tímto jevem hovoříme o tzv. potenci konopí. I způsob pěstování a následné sušení ovlivňuje výsledný obsah THC v dané rostlině. Nejvyšší obsah této látky je zpravidla v květech a okvětních lístcích samičí rostliny. O těchto částech v usušeném stavu hovoříme jako o marihuaně – slangově také „tráva“, „ganja“, „mařka“, „skunk“ aj. Zpracováním zralých květů samičí rostliny, je poté získáván hašiš – slangově také „haš“, „čokoláda“, „plastik“ nebo „shit“. Pokud hovoříme o hašiši, jedná se vlastně o pryskyřici z květů, získávanou různými způsoby, například mlácením či přesíváním skrze pletivo či tkaninu s velmi drobnými oky, nebo třením květů rukama. Další užívanou formou této substance je konopný/hašišový olej. Jedná se o extrakt z konopí/hašiše (Miovský, 2008, s. 70, 126, 128, 130).

Způsobů, jak lze užít tuto látku, je hned několik. Nejčastěji se ale setkáme s aplikací pomocí inhalace – kouření; a aplikací perorální – požívání pokrmů (speciálních konopných koláčků apod.) a popíjení nápojů (např. konopného mléka). Ostatní způsoby podání (podání pod jazyk, injekční podání speciálně získané účinné látky) mají význam spíše jen pro terapeutické využití. Marihuana se většinou kouří jako ručně balené cigarety, tzv. „jointy“, které mohou obsahovat i tabák (z důvodu podpory hoření, nebo naředění příliš silné marihuany).

Rozšířené je také využívání dýmek nebo vodních dýmek. Hašiš bývá kouřen buď přímo ze speciálních dýmek, nebo naředěný tabákem. Hašišový olej, který obsahuje největší procento účinné složky, se aplikuje jako několik kapek nakapaných na tabákovou cigaretu nebo jojnt (Miovský, 2008, s. 100, 101). „*THC a jeho metabolity jsou rozpustné v tucích a mohou v tělesných tukových tkáních zůstat po dlouhou dobu, během níž se postupně uvolňují zpět do krevního oběhu a vylučují v moči. V důsledku jeho pomalého uvolňování je možné stopy THC detekovat až několik týdnů po užití konopí*“ (Engelander et al., 2010, s. 68).

Akutní intoxikaci konopnými drogami lze prokázat dle několika základních znaků. Vyskytují se poruchy chování nebo vnímání, které se nejčastěji projevují jako euforie, úzkost, podezřívavost nebo paranoidní představy, pocit, že čas plyne velmi pomalu, zhoršená pozornost, zhoršený úsudek, sluchové, zrakové nebo hmatové iluze či narušení osobních činností. Mezi fyziologické projevy intoxikace patří například efekt zarudlých očí (zarudlých spojivek), zvýšená chuť k jídlu, slangově označovaná jako „žravka“, nebo sucho v ústech. Nepříjemné prožitky při intoxikaci jsou poměrně řídkým jevem. Jsou typické hlavně pro nezkušené uživatele, kteří zkouší drogu poprvé, nebo pro situaci při užití většího množství drogy, která hrozí hlavně u požívání konopných pokrmů. Protože nástup požadovaného stavu nepřichází tak rychle jako při kouření, uživatel si může myslet, že droga neúčinkuje a tak požívání opakuje a tím i zvyšuje aplikovanou dávku. Jako důležitý faktor pro vznik nepříjemných prožitků je i aktuální psychofyzický stav a osobnostní dispozice uživatele. Hlavními nepříjemnými prožitky při intoxikaci jsou např. paranoia, zmatenost, agresivita, halucinace a iluze či rozvinutí psychózy u jedinců s dispozicemi (Miovský, 2008, s. 249, 250, 264).

Možné oblasti aktivity osob pod vlivem této látky můžeme rozdělovat dle toho, kam je nasměřována pozornost a energie uživatele. Pokud se jedná vnější aktivitu, uživatel je na první pohled činný – komunikuje, vyzařuje z něho energie, směje se, je činorodý. Slangově můžeme tento stav označit slovem „vysmátost“. V případě vnitřní aktivity je uživatel zahloubán sám do sebe, je tichý, přemýšlivý, rozvíjí fantazie ve svých myšlenkách. Mezi uživateli se používá výraz „přemýšlivost“. Poslední možnou variantou je pasivita, projevuje se jako celková zmoženost, schopnost ovládnout tělo a myšlenky je snížena. Tento stav je slangově označován jako „výkyd“ a objevuje se ve chvílích, kdy uživatel absorboval větší množství drogy nebo drogu užil několikrát v průběhu dne (Miovský, 2008, s. 237, 238).

Co se týče otázky vytvoření závislosti na konopí, není to tak úplně jednoduché. V minulosti bylo konopí považováno za drogu bez rizika závislosti, a proto byla tato oblast

značně zanedbávána. Závislost na konopí je obvykle charakterizována neschopností kontrolovat jeho užívání. I přes možné negativní důsledky v každodenním životě uživatelů a výskyt odvykacích symptomů, při odstavení drogy, je užívání stále opakováno (Engelander et al., 2010, s. 70). Milovský (2008, s. 286) zmiňuje některé studie zaměřené na hodnocení závislosti na konopných drogách, ve kterých je společným jmenovatelem tzv. syndrom odnětí drogy, který se nejčastěji projevuje podrážděností, nervozitou a tenzí, ztrátou chuti k jídlu a mírným snížením hmotnosti, neklidem a roztěkaností, problémy se soustředěním a poruchami spánku. Syndrom odnětí se u konopí vyskytuje obvykle pouze u těžkých uživatelů, tj. u osob aplikujících drogu minimálně ve frekvenci 4x týdně nebo více po dobu minimálně jednoho měsíce.

2.2.7 Nikotin a tabákové výrobky

I vzhledem k tématu práce nemohu opomenout detailnější specifikování návykové kategorie, která zahrnuje tabákové výrobky, a tedy i v nich obsaženou návykovou látku nikotin. Tuto kategorii hodnotím jako silně specifickou, a to hlavně z důvodu jak finanční, tak místní dostupnosti tabákových výrobků. Cigarety, nebo další tabákové výrobky se dají zakoupit v podstatě kdekoli a nemusí jít ani o specializované prodejní místo. I přes to, že prodej tabákových výrobků podléhá určité věkové hranici a obchodníci jsou povinni tuto skutečnost u nakupujícího ověřovat, setkala jsem se při mé práci terénního sociálního pracovníka s dětmi ve věku 12 let, pro které není problém cigarety zakoupit v běžných potravinách a to bez jakýchkoliv obtíží. Nedbalost těchto obchodníků je pro mě velmi znepokojivou informací, už z toho důvodu, že zákon takového chování zakazuje.

Nikotin je alkaloid, který je hlavní psychoaktivní látkou tabáku. Nejpopulárnějším způsobem aplikace této návykové látky je kouření, ale je jej možné aplikovat i tabákem, který není určen ke kouření – žvýkacím tabákem, nebo speciálním šňupacím tabákem (Kalina, 2001, s. 59). Zařazení tabáku mezi návykové látky může někomu přijít přehnané, bohužel je ale naprosto oprávněné. Účinky tabáku se neprojevují tak rychle a dramaticky, ale vzhledem k rozšířenosti kouření jsou však citelné (Nešpor & Csémy, 2003, s. 32).

Počátek kouření tabáku můžeme sledovat již od dávných let. Tabák byl užíván již civilizací Mayů v Mexiku okolo roku 500 před naším letopočtem. Původní obyvatelé Ameriky tabák kouřili, žvýkali, šňupali a pojídali tabákové listy. Největší zásluhu na rozšíření tabáku do celého světa mají Portugalci, kteří jako první kultivovali tabák mimo Ameriku. Nejprve bylo kouření tabáku výsadou bohatých, protože k jeho užívání bylo třeba drahých dýmek a dalšího

náčiní. V devatenáctém století již bylo šňupání tabáku považováno za zlozvyk nižších společenských vrstev a mezi vybranými kruhy se ujaly doutníky a posléze i cigarety. Na trhu chyběla i oficiální výroba cigaret a lidé si je ručně balili do jakéhokoliv papíru. Podnikatelské vrstvy se tomuto jevu rychle přizpůsobily a v druhé polovině devatenáctého století začali první výrobci cigaret nabízet ručně vyráběné cigarety a od přelomu devatenáctého a dvacátého století už získaly dominantní postavení na trhu průmyslově balené cigarety (Mlčochová, ©2003–2016).

Jak bylo již uvedeno výše, nikotin je přírodní alkaloid obsažený v tabáku. Kromě nikotinu vdechuje uživatel při kouření i řadu dalších jedovatých látek. Tabákový kouř obsahuje škodliviny jako je například dehet, kysličník uhelnatý, formaldehyd, arsenid nebo kyanid. Z těchto látek je návykový pouze nikotin (Nešpor & Csémy, 2003, s. 33). *"Doposud bylo v tabákovém kouři rozpoznáno okolo 100 chemikálií, jistých nebo předpokládaných karcinogenů, tj. látek schopných vyvolat některé druhy rakoviny"* (Pešek & Nečasová, 2008, s. 7).

„Nikotin je považován za zdroj závislosti na tabáku. Při kouření cigaret se nikotin uvolňuje do kouře a společně s dehtem se dostává do organismu. Většina nikotinu se spálí a do těla se dostává jen určité množství. Smrtelná dávka čistého nikotinu je cca 60mg“ (Pešek & Nečasová, 2008, s. 8). Jedna cigareta obsahuje přibližně 10mg nikotinu, ale kuřák z tohoto množství inhaluje jen 1–3mg. Již během několika sekund po vdechnutí kouře do plic, se dostává nikotin krevním řečištěm do mozku, kde obsazuje specifické nikotinové receptory (Mlčochová, ©2003–2016). Nikotin poté v těle působí jako mírný stimulant, který zvyšuje krevní tlak a srdeční tep. Účinek nikotinu na psychiku je zpravidla popisován jako pocit uvolnění a povzbuzení, odstranění nervozity a napětí. Tyto pozitivní účinky, nemusí být ale vyvolány jen chemickým účinkem nikotinu, jelikož kouření bývá spojeno s určitými rituály, které mohou mít relaxační účinek (Pešek & Nečasová, 2008, s. 7). Typické potíže u kuřáků začátečníků, jako je například bledost, studený pot, nevolnost, bolest hlavy, závrať, jsou vlastně známkou lehčí otravy nikotinem (Nešpor & Csémy, 2003, s. 33). Uživatelé se stávají závislými na nikotinu zhruba po dvou letech pravidelného užívání (Marádová, 2006, s. 9). Kouření tabáku je označováno jako nemoc, s diagnózou F17.2, a dále uváděné abstinенční projevy jsou hodnoceny jako projevy nemoci. Aby se kuřák nepříjemným stavům vyhnul, musí kouřit. Závislost se u něj poté rozvíjí na dvou frontách, a to jako fyzická a psychosociální závislost. Fyzickými projevy závislosti jsou například úzkost, nesoustředěnost a celková špatná nálada,

při nedodání dostatečného množství, nebo úplné absence látky v těle. Psychosociální závislost se poté projevuje podobně jako u ostatních drog, a to nutkavou potřebou cigaretu si obstarat a vykouřit ji, protože si mozek při pravidelném užívání zapamatoval, že kouření se všemi rituály mu činí příjemné pocity (Pešek & Nečasová, 2008, s. 11, 12).

Kouření s sebou přináší i řadu zdravotních rizik, mezi nejčastěji uváděné patří například některá onemocnění srdce, cév a dýchacího systému, dále také rakovina ústní dutiny, hrtanu, hltanu, jícnu, močového měchýře, ledvin, žaludku a pankreatu. Kouření také souvisí s astmatem, rozedmou plic a má negativní vliv na pokožku (Pešek & Nečasová, 2008, s. 8). „*Bez rizika nejsou ani pasivní kuřáci, tedy ti, kdo se zdržují v zakouřených prostorách, i když sami nekouří.*“ (Nešpor & Csémy, 2003, s. 33) Pasivní kouření bývá někdy označováno také jako „nedobrovolné kouření“. K účinkům pasivního kouření patří podráždění očí, nosu, hrdla a plic. U nekuřáků citlivějších na toxické účinky tabákového kouře, se mohou objevit bolesti hlavy, pocity závratí a nevolnost. Velké množství látek, obsažených v kouři vdechovaném při pasivním kouření, způsobuje rakovinotvorné bujení. Bez rizika není ani vystavování plodu účinkům kouření matky během těhotenství. Kouření těhotných žen, nebo vystavování těhotných žen nekuřáček tabákovému kouři, snižuje průměrnou hmotnost narozených dětí. „*V ČR je více než 70% dětí předškolního a školního věku alespoň občas vystavováno kouření pobytem v prostorách, kde se kouří. Děti, jejichž jeden rodič nebo oba rodiče jsou kuřáci, jsou častěji léčeny pro plicní onemocnění, mají častější záněty středouší a bronchiální astma*“ (Pešek & Nečasová, 2008, s. 34, 35).

Důvody, proč začínají mladí lidé kouřit, jsou různé a obvykle neexistuje jen jedna hlavní příčina. Jde o souhru několika rizikových činitelů, mezi které patří osobnost daného jedince, vliv prostředí - nátlak vrstevníků či ovlivnění kouřícími rodinnými příslušníky; nebo pouze fakt, že cigarety mají u většiny dětí „příchuť zakázaného ovoce“ (Pešek & Nečasová, 2008, s. 9). „*Sedm z deseti dospívajících, kteří začnou kouřit, toho později litují*“ (Nešpor & Csémy, 2003, s. 32).

2.3 Vývojové stupně užívání návykových látek

Příležitostně-experimentální – zřídka, sporadické užívání. Neopakuje se více jak 5x za život, jde pouze o experiment a jen za jistých úvodních podmínek.

Rekreační – mírně časté užívání. Jedinec sám nekupuje drogy, které užívá za určité situace, nebo při určité příležitosti (pro povzbuzení, aby se vyrovnal s obtížemi, aby získal odvahu spod.)

Příležitostné – častější. Jedinec sám nakupuje drogy, které užívá za určité situace, nebo při určité příležitosti.

Intenzivní, problémové – velice časté. Jedinec má stále menší kontrolu nad drogou. Užívá ji při stále obvyklejších příležitostech, až se dostane ke každodennímu užívání. Udrží si neustálou iluzi, že je schopen kontrolovat své jednání.

Nucené, závislostní – denně nebo vícekrát za den. Nezbytné a nucené užívání drog. Jedinec je neschopen být bez drogy, která mu pokrývá všechny potřeby. Je nucen stále více riskovat, aby si byl schopen opatřit drogu nebo peníze nutné k jejímu nákupu. Jedinec není schopen se sám z návyku vymanit a potřebuje intenzivní cizí pomoc. (Zábranský & Mravčík, 2011, s. 7)

3 Závislost

Z předchozí kapitoly vyplývá, že návykové látky jsou všude okolo nás a jsou běžnou součástí našich životů, ať už je užíváme, či neužíváme, a ať se nám to líbí, nebo ne. Co je ale doopravdy závislost a jaké jsou její znaky, bude uvedeno v následujících kapitolách.

„O závislosti můžeme bezpochyby hovořit jako o onemocnění. Důkazem přijetí tohoto tzv. medicínského modelu závislosti bylo zařazení závislosti na alkoholu a na tzv. jiných návykových látkách do Mezinárodního klasifikačního seznamu onemocnění“ (J. Presl, 1995, s. 11).
„Současná klasifikace zařazuje závislosti mezi Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F10 – F19) – substance use disorders“ (Heller, 1996, s. 19).
WHO (Světová zdravotnická organizace) návyk na léky drogy nebo alkohol definuje jako: stav periodické nebo chronické intoxikace (otravy) psychotropními substancemi (návykovými látkami), jenž je vyvolán opakovaným užíváním přirozené nebo syntetické drogy a je škodlivý pro jedince a společnost. Podle MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) byla diagnóza závislosti splněna, když byly během posledního roku přítomna alespoň tři tato kritéria:

- a) Silné přání a touhy užívat psychotropní látky
- b) Snížená schopnost kontroly, pokud jde o začátek, ukončení a množství užívané látky
- c) Užívání látky ke zmírnění abstinenčních syndromů
- d) Rozvoj tolerance (potřeba vyšších dávek drogy k dosažení očekávaného stavu)
- e) Omezený úsudek o chování při zacházení s látkou
- f) Pokračující zanedbávání ostatních, dříve výše hodnocených zájmů
- g) Pokračující užívání látky přes dokázané škodlivé psychické, tělesné či sociální následky (Göhlert, 2001, s. 20).

Než se závislost u daného jedince naplno rozvine, musí nejprve dojít k užívání návykové látky, které se dá rozdělovat například dle množství nebo četnosti. To, že jedinec danou substancí užívá, ještě nemusí nutně znamenat, že se stane závislým. Záleží také na individuálních dispozicích daného jedince a typu užívané látky. Pokud ale dojde k pravidelnému užívání, určité následky jsou nevyhnutelné. Tím, jak si tělo zvyká na přísun užívané látky, zvyšuje se tolerance organismu na účinnou látku a jedinec je svým tělem

přinucen užívat stále vyšší dávky návykové látky – takové chování již závislost vyvolává. Závislost se dá ještě dále dělit na závislost psychickou a fyzickou (tělesnou). Každá ze složek závislosti má svá specifika a náležitosti, které každý, kdo se stane na určité látce závislým, dříve či později pocítí. Každá z látek je jiná, a nemůžeme tedy pevně určit v jaké míře nebo po jak dlouhé době se příznaky fyzické či psychické závislosti projeví. V následujících podkapitolách uvádím podrobnější informace o těchto jevech.

3.1 Úzus – užívání

Jedná se o prosté jednorázové nebo i opakované užití látky, které nevede k signifikantním psychickým ani fyzickým poškozením uživatele (Jeřábek, 2008, s. 53). Presl (1995, s. 11) poté za úzus považuje konzumaci přiměřeného množství látek ve vhodných příležitostech.

3.2 Abúzus – škodlivé užívání – zneužívání

Tento termín je používán v různých významech. Dle Hellera (1996, s. 20) znamená takové vzorce užívání, které poškozují tělesné nebo duševní zdraví. V Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch (DSM-IV) je abusus psychoaktivních látek definován jako maladaptivní vzorec užívání látky vedoucí ke klinicky významnému poškození nebo psychické úzkosti, projevených jednou (či vícekrát) v následujících 12. měsících:

1. Opakující se užití látky vedoucí k neplnění zásadních povinností v práci, škole nebo doma.
2. Opakující se užití látky v situacích, kdy je to fyzicky nebezpečné.
3. Opakující se právní problémy spojené s užíváním látky.
4. Pokračující užívání i přes trvalé nebo opakující se sociální či mezilidské problémy způsobené nebo obnovené efektem dané látky.

Termín „abusus“ občas označuje jakékoliv užití vůbec, zejména nezákonných drog. Kvůli dvojznačnosti je tento termín používán v ICD-10 pouze pro látky, které nevyvolávají závislost. U látek vyvolávajících závislost doporučuje WHO ekvivalentní termín „škodlivé užívání.“ Přesto se termín „látkové zneužívání“ (substance abuse) široce používá a obvykle se vztahuje na problémy spojené s užíváním psychoaktivních látek. Definice v ekonomických studiích nákladů definují "abusus" (zneužívání) jako každé užívání, které kromě nákladů na obstarání drogy zahrnuje též sociální náklady pro komunitu (Kalina, 2001, s. 8)

3.3 Tolerance

Závislost přináší pro uživatele mnoho nástrah a obtíží. Vznik tolerance na určitou látku je jednou z nich. Konzument je postupem času nucen zvyšovat dávky užívané látky, protože buňky v jeho organismu jsou již adaptovány na přísun určitého množství drogy, a tím je uživatel nucen dodávat tělu stále větší dávky, aby bylo dosaženo požadovaného efektu (Heller, 1996, s. 15). V krajním případě je organismus závislých nastaven na takové množství účinných látek drogy, které by byly pro neuživatele třeba i smrtelné

3.4 Akutní intoxikace

Jedná se o přechodný stav po užití látky. Vyznačuje se poruchami vědomí, vnímání, chování, emotivity nebo poznávání, přičemž změněné mohou být i psychofyzilogické funkce nebo reakce. Toto pojmenování je používáno jen tehdy, pokud se intoxikace objevuje bez dalších vážnějších či trvalejších obtíží, vyvolaných požíváním látky (Heller, 1996, s. 20).

3.5 Fyzická závislost

„Fyzická složka závislosti nutí uživatele dodržovat mezi jednotlivými užitími drogy časový odstup, aby nedošlo k rozvoji odvykacího stavu. Odvykací stav je sice nepříjemný, může v některých případech ohrozit i život postiženého, ale odeznívá během několika dní. Velmi vážný tělesný odvykací stav, paradoxně vyvolají i legálně získávané látky – některé léky (benzodiazepiny, barbituráty) a alkohol“ (SANANIM, 2007, s. 20). Dle Göhlerta (2001, s. 22) se biochemické hospodářství konzumenta nastaví na užívanou látku a po určité době může konzument fungovat jen s ní. Tedy když v těle látka chybí úplně, nebo se redukuje její dávka, zhroutí se biochemické hospodářství a dochází k mučivým abstinčním jevům.

3.6 Psychická závislost

Nepotlačitelná touha jedince zažít znovu a znovu opojné, euforické stavy, které poznal při užívání drogy, nakonec vede k psychické závislosti. Přitom si může být uživatel zcela vědom rizik, která plynou z jeho hazardního chování. Tlak k pravidelnému užívání, nebo chceme-li psychická žádostivost nebo také bažení, se označuje jako – „craving“ (Göhlert, 2001, s. 22). *„Psychická složka závislosti je mnohem hůře ovlivnitelná a její zvládnutí vyžaduje mnohem více než pevnou vůli. K jejímu zvládnutí je totiž třeba mnoha měsíců či let a je také příčinou recidiv i po několikaleté abstinenci“* (SANANIM, 2007, s. 20).

3.7 Odvykací stav – abstinenční syndrom – abstinenční příznaky

Slangově také „absták“ se může projevovat spoustou různých, somatických i psychických, příznaků. Jeho intenzita může být u různých uživatelů odlišná a i projevy jednotlivých příznaků se liší individuálně, případ od případu. O co tedy vlastně jde? Jednou ze základních vlastností drog je nejen proniknutí do organismu a ovlivnění jeho funkce, ale i postupné začlenění do látkové přeměny (J. Presl, 1995, s. 13). Organismus tedy po vysazení nebo omezení množství látky, která byla opakovaně a zpravidla dlouhodobě užívána, reaguje souborem abstinenčních příznaků. Začátek a průběh odvykacího stavu, jsou časově omezeny a závisí na typu látky a dávce bezprostředně užitě před zahájením abstinence (Heller, 1996, s. 21). Tělesné abstinenční příznaky mohou přicházet v různých podobách v závislosti na užívané látce a mohou mít mnoho klinických znaků. Uvedme si některé z nich: Vyražení potu, třes, rozšíření zornic, zvracení, nevolnost, průjmy, horečka, zmatenost, zvýšení nebo pokles krevního tlaku, poruchy vědomí, spavost, záchvaty křečí... (Göhlert, 2001, s. 22, 23).

3.8 Čtyři stádia závislosti

Níže jsou popsána čtyři stádia závislosti dle Göhlerta (2001, s. 46–49).

1. Stádium – Počáteční

Závislost začíná euforickým počátečním stádiem, ve kterém člověk s drogou volně nakládá, účinek je téměř jen pozitivní a eventuální negativní účinky drogy jsou opomíjeny a podceňovány. Cítí se mnohem lépe než střízlivý. Konzument se zbavuje úzkosti, studu, prožívá uvolnění a příjemné opojení jakož i vzrůstající pocit sebehodnocení a zvýšené sebevědomí. Problémy dokáže snadno potlačit, často hledá útěchu od problémů právě u návykových látek.

2. Stádium – Varovné

Druhé stádium bývá označováno jako kritické stádium navykání. Účinek drogy ustupuje, tolerance na látku narůstá, nutnost zvyšovat dávky je nevyhnutelná a konzument zvyšuje i četnost užívání drogy. Tato fáze je velmi nebezpečná, protože po překročení téhle hranice už není cesty zpět a pozdním následkům se již uživatel nevyhne. Orgány jsou po této fázi vždy nějak poškozeny, projevují se poruchy koncentrace, pozornosti a schopnosti zapamatování. Mozek je poškozen jako první a paměť upadá. Již v této fázi mohou nastat první problémy v zaměstnání či ve škole. Veškeré styky se zužují stále více jen na ostatní konzumenty drog. Může docházet k finančním potížím, dluhům a začátku obchodování s drogami. Závislí začínají sahat do peněženky rodičů, loudí u prarodičů, nebo se uchylují ke drobným krádežím.

U jednotlivců se snižuje schopnost reálného vnímání sebe sama. Ubývá schopnost snášet nepříjemné pocity, jako úzkost, napětí či bolest. Uživatel si již nedokáže představit život bez konzumování dané látky.

3. Stádium – Návyku či závislosti

Opět dochází ke značnému stupňování dávek na základě ještě většího vývoje tolerance. Nastává ztráta kontroly nad užíváním dané drogy, v podstatě to znamená, že s konzumací již není uživatel schopen skoncovat. Vztahy s okolím se rozpadají, v zaměstnání nebo ve škole je situace čím dál horší. Kriminalita spojená s opatřováním drogy je intenzivnější. K deliktům dochází v opojení a rozšiřuje se také rozsah krádeží. Konzumenti často sklouznou od prostých krádeží k těm závažnějším a dále až k loupežím. Jednotlivec vykazuje psychické a fyzické abstinenci symptomy. Nic pro něj není důležitější, než droga, protože tělo jí potřebuje a nemůže bez ní fungovat. Velmi nápadné jsou změny osobnosti, jako je náladovost, podrážděnost, přechod od agresivity k sebelítosti. U každé skupiny drog dochází k výraznému úbytku na váze.

Můžeme poukázat na zvláštnosti alkoholismu v tomto stádiu. Existuje jeden typ závislosti, který neztrácí kontrolu, ale přesto může skončit ve třetí, u alkoholu nazývané chronické fázi. Takovýmto případem je piják, který se neopije úplně, ale musí v sobě mít vždy nějaký alkohol a je pro něj nezbytně nutné si „udržovat svou hladinku“, aby vše zvládal. Odborníci tento stav nazývají jako „ztráta abstinence“.

4. Stádium – Chronického rozkladu

Snášenlivost na drogu značně ubývá, základem toho jsou počínající poškození orgánů. Játra už nemohou odbourávat jedovaté látky, ledviny je nemohou vylučovat. Projevují se postupující procesy tělesného rozkladu, jako je například cirhóza jater, žaludeční vředy či poškození centrálního nervového systému. Následuje rozpad osobnosti, tzv. „deprivační syndrom“. Postižený tady již ztrácí svou celkovou podobu jako člověk, kterým byl dříve. Stává se lhostejným, povrchním, neumí se už radovat, ale ani zlobit. Dochází k celkovému duševnímu úpadku. V krajních případech už jedinec nepoznává své okolí, nedokáže se o sebe starat. S jeho běžným sociálním prostředím již nemá většinou žádné kontakty a rozchod s rodinou nastal již dříve. Okolí takovýmto člověkem pohrdá. Není schopen se samostatně finančně zabezpečit a postupně se na to nabalují i další problémy – chudne, ztrácí domov a střechu nad hlavou, je osamělý, zanedbaný a zpustlý.

4 Prevence rizikového chování

V poslední kapitole teoretické části se zaměřím na charakterizování základních druhů prevence, tedy na to, jak rizikovému chování předcházet, nebo jak co nejvíce tlumit jeho dopady na daného jedince, pokud již k takovému chování došlo. Ráda bych v tomto směru zdůraznila nepopíratelnou úlohu rodinných příslušníků, hlavně těch nejbližších – rodičů a sourozenců. Prostředí v jakém dítě vyrůstá, ale také normy a hodnoty, které mu jeho rodiče předávají, jsou jedním z nejdůležitějších aspektů v životě dítěte. Vzory, kterými mohou být rodiče pro své děti, nic jiného nenahradí, bohužel to ale platí i pro vzor v negativním slova smyslu. Rodiče by měli se svými dětmi komunikovat a předávat jim dostatečné informace nejen o návykových látkách, ale také o dalších rizikových oblastech života. Právě informovanost může být prvním krokem k odmítnutí „rizikových lákadel“ a nástrah, se kterými se dítě setká.

„Za prevenci rizikového chování považujeme jakékoli typy výchovných, vzdělávacích, zdravotních, sociálních či jiných intervencí směřujících k předcházení výskytu rizikového chování, zamezujících jeho další progresi, zmírňujících již existující formy a projevy rizikového chování nebo pomáhajících řešit jeho důsledky“ (Michal Miovský, Skácelová, Zapletalová & Novák, 2010, s. 24).

4.1 Prevence v rodině

Jak jsem již uvedla v úvodu, celkové rodinné zázemí a atmosféra hraje, nejen při prevenci významnou roli. Rodiče by se měli snažit o to, aby se jejich dítě v nejlepším případě, vůbec nedostalo do kontaktu s návykovými látkami a jinými rizikovými jevy. Zmíněno bylo i to, že v období dospívání se mohou objevit krize mezi rodiči a dětmi. Právě tady by měli rodiče zachovat chladnou hlavu, nezломit nad svým dítětem hůl a snažit se o úspěšnou konverzaci a řešení situací. Nešpor a Csémy (1996, s. 22) tvrdí, že pro prevenci je nejvýhodnější vřelá a středně omezující výchova. *„Dobře vychovávají ti rodiče, kteří dokáží dítě přijímat, očekávají od něj zralé chování, poskytují mu jasná měřítká. Pravidla v rodině prosazují. Dokáží přikázat nebo i přiměřeně potrestat. Dítě povzbuzují k nezávislosti a otevřeně s ním komunikují. Dokáží vyslechnout jeho názor i vyjádřit svůj vlastní. Respektují práva dítěte i práva vlastní“* (Nešpor & Csémy, 2003, s. 11).

Zásady prevence v rodině (Nešpor & Csémy, 1996, s. 22)

1. Získat důvěru dítěte a umět mu naslouchat.
2. Umět s dítětem o návykových látkách hovořit.

3. Předcházet nudě.
4. Pomáhat dítěti přijmout hodnoty, které mu usnadní návykové látky odmítat.
5. Vytvořit zdravá pravidla.
6. Pomoci dítěti bránit se nevhodné společnosti.
7. Posílit sebevědomí dítěte.
8. Spolupracovat s dalšími dospělými.

4.2 Prevence ve škole – minimální preventivní program

Jedná se o modelový rámec pro školní preventivní program. V tomto dokumentu musí být uvedeny dlouhodobé a krátkodobé cíle preventivního programu a aktivit školy. Měl by být naplánován tak, aby mohl být řádně proveden a zkontrolován. Cílem takového programu je pak oddalovat, bránit nebo snižovat výskyt rizikového chování a zvyšovat schopnost žáků činit informovaná a zodpovědná rozhodnutí ve svém životě (Čabalová, ©2012).

„Minimální preventivní program je založen na podpoře vlastní aktivity žáků, pestrosti forem preventivní práce se žáky, zapojení celého pedagogického sboru školy a spolupráci se zákonnými zástupci žáků školy.“ Na jeho tvorbě se podílejí všichni pedagogičtí pracovníci, školní metodik prevence dále spolupracuje s dalšími orgány, například s metodikem prevence příslušné pedagogicko-psychologické poradny, Policií ČR apod. Tyto programy jsou zpracovávány na období jednoho školního roku a zodpovídá za něj školní metodik prevence (Michal Miovský et al., 2010, s. 102).

Navržená struktura MPP dle Čabalové (©2012) obsahuje 3 části:

1. Soubor pravidel pro zvýšení bezpečnosti dětí ve škole a na školních akcích.
2. Programy pro rozvoj dovedností pro život (tzv. life-skills) skládající se z programů zaměřených na rozvoj sociálních dovedností (social-skills) a dovedností sebeovlivnění (self-management).
3. Programy specificky zacílené na jednotlivé formy rizikového chování.

Nešpor, Csémy a Pernicová (1999) definují zásady efektivních preventivních programů následovně:

- Program začíná pokud možno brzy a odpovídá věku.
- Program je malý a interaktivní.

- Program zahrnuje podstatnou část žáků.
- Program zahrnuje získávání relevantních sociálních dovedností a dovedností potřebných pro život.
- Program bere v úvahu místní specifika.
- Program využívá pozitivní modely.
- Program zahrnuje legální i nelegální návykové látky.
- Program zahrnuje i snižování dostupnosti návykových látek.
- Program je soustavný a dlouhodobý.
- Program je prezentován kvalifikovaně a důvěryhodně.
- Program je komplexní a využívá více strategií.
- Program počítá s komplikacemi a nabízí dobré možnosti, jak je zvládat.

4.3 Primární prevence

„Cílem primární prevence je předejít užívání návykových látek, včetně alkoholu a tabáku, nebo ho oddálit do pozdějšího věku, když už jsou dospívající relativně odolnější. Dalším cílem je omezit nebo zastavit experimentování s návykovými látkami, aby se předešlo škodám na tělesném i duševním zdraví. Cílem prevence není tedy předávání informací nebo to, aby se prevence líbila, ale to, aby se cílová populace chovala zdravěji“ (Nešpor, 2000, s. 133, 134).

Primární prevence se dále dělí na (MŠMT, ©2010–2016):

- 1. Nespecifickou primární prevenci** – zahrnující veškeré aktivity podporující zdravý životní styl a osvojování pozitivního sociálního chování prostřednictvím využíváním a organizace volného času, například zájmové, sportovní a volnočasové aktivity a jiné programy, které vedou k dodržování určitých společenských pravidel zdravého rozvoje osobnosti, k zodpovědnosti za sebe a své jednání. Tento typ prevence je významný v kontextu aplikace různých efektivních a vyhodnotitelných specifických programů.

2. Specifickou primární prevenci – zahrnující aktivity a programy, které jsou zaměřeny specificky na předcházení a omezování výskytu jednotlivých forem rizikového chování žáků. Do této skupiny patří:

- **Všeobecná prevence**, které je zaměřena na širší populaci, aniž by byl dříve zjišťován rozsah problému nebo rizika.
- **Selektivní prevence**, která je zaměřena na žáky, u nichž lze předpokládat zvýšený výskyt rizikového chování.
- **Indikovaná prevence**, která je zaměřena na jednotlivce a skupiny, u nichž byl zaznamenán vyšší výskyt rizikových faktorů v oblasti chování, problematických vztahů v rodině, ve škole nebo s vrstevníky.

Pro vytvoření kvalitního preventivního programu je nutné dodržovat standardy kvality, které byly schváleny Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) v letech 2005 a 2008. V roce 2012 pak byly rozšířeny na všechny typy rizikového chování. *„Standardy ve své obecné a speciální části definují základní pojmy, cílové skupiny preventivních programů a zásady efektivity primárně preventivního působení. Dále pak v podobě bodovaných kategorií vymezují charakteristiky, které by měl kvalitní program obecně splňovat, například: dostupnost, cílenost, respekt k právu klientů, hodnocení potřeb klienta, adekvátní personální a organizační zabezpečení programů, odpovídající materiálně-technické zázemí a další“* (MŠMT, 2013, s. 22).

4.4 Sekundární prevence

Jedná se o předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání rizikového chování. Sekundární prevence je tedy souborný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčení. (MŠMT, 2009, s. 9) Na sekundární prevenci tedy přichází řada tehdy, jestliže už se rizikové chování u mladistvého objevilo, například pokud již dochází k užívání návykových látek, nebo se objevila závislost.

4.5 Terciální prevence

Je poté dle Kaliny (2001, s. 91) předcházení vážným či trvalým zdravotním a sociálním poškozením z užívání drog.

V tomto smyslu je terciární prevencí:

1. Resocializace či sociální rehabilitace u klientů, kteří prošli léčbou vedoucí k abstinenci nebo se zapojili do substituční léčby a abstinují od nelegálních drog.
2. Intervence u klientů, kteří aktuálně drogy užívají a nejsou rozhodnutí užívání zanechat.

5 Empirická část

Tato část mé bakalářské práce se již zabývá výzkumem jako takovým. Pro téma této práce i s ohledem na cíle, byl jako nejvhodnější druh výzkumu zvolen výzkum kvantitativní. Oblast trávení volného času jedinců ve starším školním věku, neboli v pubertě je velmi důležitou součástí jejich života a může výrazně ovlivnit jejich budoucí vývoj. Práce je zaměřena zvláště na zkušenosti s návykovými látkami a to s cigaretami a marihuanou. V empirické části bude za pomoci dat získaných dotazníkovým šetřením ukázáno, jak se žáci k těmto látkám dostávají, kdy nastala první zkušenost s těmito látkami nebo jaké jsou případné rozdíly mezi pohlavími.

5.1 Výzkumný cíl

Cílem výzkumu, který byl prováděn dotazníkovou formou bylo prozkoumat kontakt žáků druhého stupně základních škol s oblastí kouření tabákových výrobků anebo marihuany. Cílem je zmapovat jejich zkušenosti se zaměřením na to, kdy se s drogou poprvé setkaly a jak často ji nyní užívají.

5.2 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka byla stanovena následovně: **Existuje vztah mezi místem bydliště a vykonávanými koníčky žáků ve starším školním věku a jejich zkušenostmi s návykovými látkami?**

Po hlavní výzkumné otázce byly pro upřesnění zvoleny následující specifické výzkumné otázky:

- Jaký je rozdíl v užívání návykových látek mezi žáky, kteří svůj volný čas tráví provozováním aktivních koníčků a těch, kteří je nemají?
- Jaký je vztah k užívání návykových látek a studiem na základní škole ve městě?
- Jaký je vztah k užívání návykových látek a studiem na základní škole na vesnici?
- Jaký je vztah mezi užíváním návykových látek a jejich dostupností – tedy možnostmi tyto návykové látky zakoupit?

5.3 Hypotézy

Hypotézy, které byly pro výzkum předem dané, nám pomáhají s ujasněním, kam tento výzkum směřuje a s upřesněním výzkumného cíle. „*Hypotézy navrhuji, jaké spojení mezi proměnnými bychom měli najít, je-li naše hypotéza pravdivá...Odpovídají-li závislosti mezi sebranými daty vzorci předpovězenému v hypotézách, přijmeme hypotézy jako platné. Jinak musíme hypotézy odmítnout*“ (Disman, 2000, s. 76).

H1: Pro žáky navštěvující základní školu je snadné získat přístup k cigaretám.

U této hypotézy předpokládám, že žáci staršího školního věku (čili 11–15 let) mají relativně snadný přístup k získání cigaret. V dnešní době není neobvyklé, aby žáci na konci druhého stupně vypadali „starší“, než ve skutečnosti jsou; ať už díky vrozeným předpokladům (výška, váha), nebo za pomoci vnějších zásahů (make-up u dívek, střihy vlasů, styl oblékání...). Díky tomu se zakoupení cigaret nejeví jako problém. V dnešní době je na trhu stále více obchodníků, kteří o zákazníka „bojují“, a proto nedochází ani ke kontrolování věku na osobních dokladech.

Druhou možností, jak si cigarety obstarat, je požádat o nákup staršího kamaráda, případně získávat cigarety od rodičů, kteří sami kouří a nechávají cigarety bez dohledu v domácím prostředí žáků.

H2: Žáci, kteří navštěvují základní školu ve městě, mají dřívější zkušenost s kouřením tabákových cigaret i marihuany, než jejich vrstevníci na vesnici.

Tato hypotéza předpokládá, že žáci, kteří žijí, nebo alespoň navštěvují základní školu ve městě, mají snadnější přístup k těmto návykovým látkám, a je tedy předpokládána i jejich dřívější zkušenost s těmito látkami. Ve městech se objevuje zvýšená koncentrace obchodníků a nákupy jsou anonymnější než na vesnici. Stejně tak anonymita mezi obyvateli je větší, na rozdíl od vesnic, kde může většina obyvatel znát většinu svých sousedů. Z toho vyplývá, že tito žáci mají větší předpoklady k získání dřívější zkušenosti s těmito látkami, protože ve městě mají snadnější přístup k cigaretám, popřípadě marihuaně, a riziko jejich prozrazení je nízké.

H3: Žáci základních škol, kteří nemají pravidelné koníčky, jsou častějšími uživateli návykových látek.

Poslední hypotéza vychází z předpokladu, že žák, který nemá pravidelnou náplň svého volného času, a tím pádem se může častěji „nudit“, je více ohrožen návykovými látkami než žáci, kteří mají stálé koníčky. Toto ohrožení spočívá v tom, že žák bez výplně volného času zkouší různé způsoby zábavy, mezi které velmi často patří i první zkušenosti právě s cigaretami, či lehkými drogami. Jedinec je ve starším školním věku ovlivňován svým okolím a ve snaze vydobýt si pozornost a úspěch u určité skupiny vrstevníků častěji sahá i po takovýchto cestách, jako je kouření cigaret nebo marihuany. Oproti tomu jedinci, kteří mají své koníčky a navštěvují zájmové kroužky, využívají cest společných cílů a zájmů ostatních v daném kroužku.

5.4 Výběr výzkumného nástroje

Jako výzkumný nástroj pro tento výzkum byl, jak je již výše zmíněno, zvolen dotazník. Tento výzkumný nástroj byl zvolen především ze snahy obsáhnout co největší počet respondentů, aby byly získané výsledky výzkumu považovány za relevantní. Tento dotazník tvoří 47 položek¹. V dotazníku se nejčastěji objevují otázky uzavřené. Několik otázek by bylo možné považovat za polootevřené – včetně předem daných odpovědí je na výběr i možnost vlastní, kam respondent dopíše svou odpověď. Tím dochází k předcházení nutnosti vybrat si mezi uvedenými odpověďmi, i když se s žádnou respondent naplno neztotožní. V dotazníku se objevuje i několik otázek otevřených, kde má respondent možnost uvést svou odpověď – svůj názor. V úvodu dotazníku zaručuji respondentům anonymitu. V dotazníku se nevyskytují jména respondentů, ani žádné jiné údaje, dle kterých by šli jednotliví respondenti identifikovat. V dotazníku se nevyskytují žádné intimní otázky, byl kladen důraz na to, aby nebyli respondenti poškozeni. Postoj k pravidelnému i občasnému užívání těchto látek je determinován mnoha proměnnými, proto se v dotazníku objevují i otázky, které na první pohled nemusí se zkoumaným tématem přímo souviset a nemusí být jasný jejich vztah k cíli výzkumu, avšak při důkladnějším přečtení, je již souvislost zřejmější. Některé otázky jsou v dotazníku zahrnuty i proto, aby byl respondent rozptýlen a nezaměřoval se na skutečnost, že zkoumám jejich kontakt s návykovými látkami. Dotazník je uveden v příloze č. 1.

¹ Některé otázky byly použity z dotazníku Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (Csémy, Chomynová, Sadílek, 2009, s. 146–163). Některé otázky byly inspirovány dotazníky v publikaci „Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí: příručka o efektivní školní drogové prevenci“ (Gallá, 2005, s. 119–124).

5.5 Výzkumný vzorek a vstup do terénu

S ohledem na téma celé bakalářské práce, byl výběr výzkumného vzorku jasně daný. Cílová skupina byla předem jasně vymezená a došlo k oslovení několika základních škol. Výzkumným vzorkem se staly 4 základní školy v Ústeckém kraji. Ústecký kraj byl vybrán z důvodů ulehčení přístupnosti do základních škol, jelikož v této oblasti bydlím. Byly vybrány dvě základní školy, které sídlí ve městě, a dvě na vesnici. Výzkumu se účastnili žáci 7., 8. a 9. tříd. Respondenti odpovídali na tištěný dotazník přímo ve třídách a celkem se výzkumu zúčastnilo 205 respondentů. Vstup do terénu probíhal velmi obdobně u všech čtyřech škol, nejprve bylo zkontaktováno vedení školy, zda by výzkum podpořili a umožnili tak jeho uskutečnění. Díky kladnému přijetí ze strany vedení škol realizaci nic nebránilo. Pro větší přehled výzkumného vzorku, uvádím Tabulku č. 1. Z důvodu zachování anonymity respondentů, nebudou uváděny žádné konkrétní názvy obcí ani základních škol.

Počet respondentů v jednotlivých školách

Škola	Počet respondentů	Druh obce	Počet obyvatel obce (2016)
ZŠ A	30	vesnice	866
ZŠ B	29	vesnice	539
ŽŠ C	102	město	8 710
ZŠ D	44	město	2 022

Celkový počet odpovědí: 205

Tabulka č. 1

V tabulce vidíme, že výzkumu se s ohledem na počet obyvatel jednotlivých obcí podařilo získat zajímavé množství vyplněných dotazníků. Celkový počet respondentů, navštěvujících základní školu na vesnici, je 59. Zbylých 146 respondentů navštěvuje základní školu ve městě.

5.6 Analýza dat

Veškeré získané dotazníky prošly důkladnou analýzou získaných dat. Pro větší přehlednost a usnadnění práce s tak velkým počtem získaných dat byla vytvořena datová matice, do které byly přepsány veškeré získané vyplněné dotazníky. Jednotlivé kroky při zpracovávání dat byly následovné:

Nejprve byly vytvořeny dvě podoby dotazníku. První podobou byl papírový dotazník, jenž byl následně vyplněn respondenty na základních školách. Druhou podobou byl pak totožný dotazník vytvořen v internetové aplikaci, jenž podporuje neomezené zadání odpovědí a

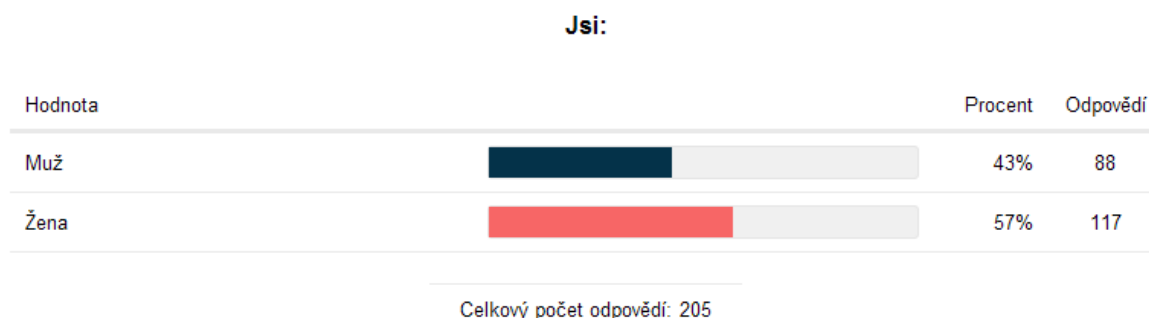
následně umožní i analýzu dat a zpracování grafů a tabulek. Po návštěvě jednotlivých základních škol a získání dat byly dotazníky roztrženy dle jednotlivých tříd a škol a každý jednotlivý dotazník byl ručně převeden do elektronické podoby. Následně byla zjištěná data vyhodnocována a v jednotlivých odpovědích byly hledány souvislosti týkající se výzkumných otázek a hypotéz.

5.7 Interpretace získaných dat

Získaná data budou v následujících stránkách interpretována dle zaměření otázky, budou tedy k sobě přiřazována tematicky, a to i přes to, že v papírovém dotazníku byly uvedeny v jiném pořadí. Tento způsob vyhodnocení volím pro lepší orientaci v tématu a celistvost vyhodnocovaných dat. Některé otázky, jež byly uvedeny v obou podobách dotazníku, nebudou v analýze zobrazeny, a to z důvodu nedůležitosti těchto zjištění pro celkovou analýzu s ohledem na výzkumné cíle a hypotézy.

5.7.1 Sociodemografické údaje respondentů

Pohlaví respondentů:

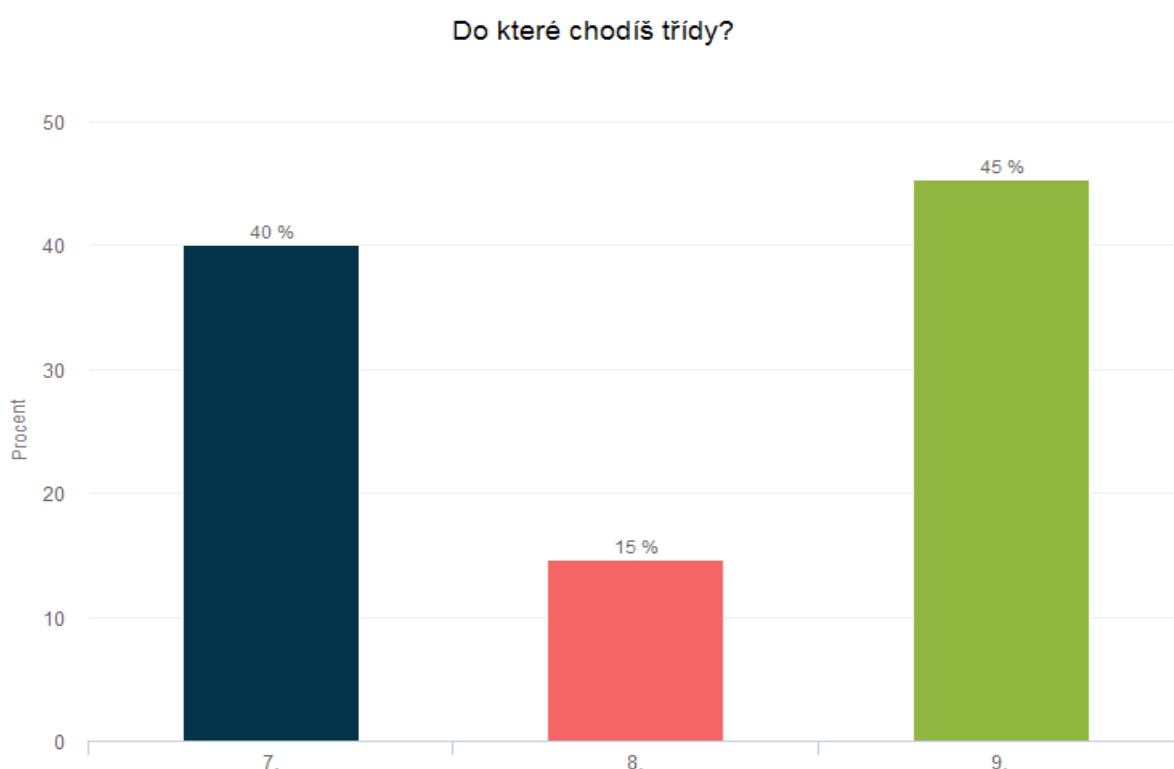


Graf č. 1

Celkem se výzkumu zúčastnilo 205 žáků. Graf č. 1 zobrazuje rozložení respondentů dle pohlaví. Dá se říct, že zastoupení obou pohlaví je vyrovnané. Průzkumu se zúčastnilo 117 dívek, které dohromady zahrnují 57 % z celkového počtu respondentů, a 43 % respondentů celkového počtu dotazovaných zahrnuje 88 chlapců.

Navštěvovaná třída:

Rozložení respondentů v daných třídách zobrazuje Graf č. 2. Největší skupinu tvoří žáci 9. tříd, celkový počet těchto respondentů je 93, ti zahrnují 45 %. Druhou největší skupinou jsou žáci ze 7. tříd, jejich celkový počet je 82 respondentů, tedy celkem 40 % z celkového počtu dotázaných žáků. Skupinu s nejmenším počtem respondentů pak tvoří žáci 8. tříd, kteří zastupují 15 % z celkového počtu dotázaných. Nižší zastoupení respondentů v této skupině je způsobeno absencí žáků ze ZŠ C, jelikož v době provádění průzkumu, byli na školním výletě. Tato kategorie tedy obsahuje celkem 30 respondentů. Celkový počet získaných odpovědí je 205.



Celkový počet odpovědí: 205

Graf č. 2

Věk respondentů:

Kolik je ti let?

	12 let	13 let	14 let	15 let	16 let	17 let	18 let	Celkem
Muž	1	28	16	38	6	1	0	88
Žena	2	39	23	45	4	1	1	117
Celkem	3	67	39	83	10	2	1	205

Tabulka č. 2

Průměrný věk respondentů je 14,3 let. V Tabulce č. 2 je zobrazeno věkové rozložení respondentů dle pohlaví. Nejpočetnější věkovou kategorií, s počtem 83 žáků, zastupují respondenti ve věku 15 let. Skupina patnáctiletých zastupuje celých 40 % ze všech dotázaných. Tato skutečnost koreluje i s faktem, že téměř všichni patnáctiletí žáci jsou z deváté třídy, která je současně zastoupena největším počtem respondentů. Souvislost s navštěvovanou třídou nacházíme i u druhé nejpočetnější věkové kategorie, jimiž jsou respondenti ve věku 13 let, neboť je většina těchto žáků ze 7. třídy. Kategorie třináctiletých zahrnuje celkem 32 % respondentů, přičemž se jedná celkem o 67 žáků. Respondentů ve věkové kategorii 14 let je celkem 39 a zahrnují 19 % žáků, přičemž souvislost s navštěvovanou třídou je opět patrná na první pohled. Tentokrát se jedná o žáky z nejméně zastoupené kategorie, tedy o skupinu z 8. tříd. Ostatní věkové kategorie jsou zastoupeny jen zanedbatelným počtem respondentů. Ve výsledcích se objevila zajímavá skutečnost, a to konkrétně přítomnost plnoletého žáka, což na základních školách nebývá běžné.

5.7.2 Kontakt respondentů s návykovými látkami

Návykové látky a věk respondentů:

Na následujících stránkách se zaměřuji na věk respondentů a jejich zkušenosti s tabákovými výrobky a marihuanou. Tyto otázky přímo souvisí s Hypotézou č. 2.

Věk první zkušenosti z kouřením tabáku

	Nikdy	9 let nebo dříve	10 let	11 let	12 let	13 let	14 let	15 let	Celkem
Město	41 %	9 %	8 %	7 %	16 %	8 %	8 %	3 %	146 (100 %)
Vesnice	41 %	5 %	8 %	19 %	5 %	14 %	3 %	5 %	59 (100 %)
Celkem									205

Tabulka č. 3

Tabulka č. 3 zobrazuje porovnání odpovědí od respondentů ze základních škol ve městě a od respondentů ze základních škol na vesnici, jež byli dotazováni na první zkušenost z kouřením tabákových výrobků.

Celkem 59 % žáků uvedlo, že mají zkušenost z kouřením, počet těchto žáků je 121. Respondenti z městských základních škol, kteří mají zkušenost s kouřením tabákových výrobků, zastupují 59 % v dané kategorii, počet těchto žáků je 86. Respondenti z vesnických základních škol, kteří mají zkušenost s kouřením tabákových výrobků, zastupují 59 % v dané kategorii, těchto žáků je celkem 35. Celkový počet žáků, kteří nemají s kouřením tabáku žádné zkušenosti je 84, celkem 41 % z celkového počtu respondentů. Z těchto žáků je 60 z městských základních škol, celkem 41 % respondentů v dané kategorii. Kouření tabáku nikdy nevyzkoušelo celkem 24 žáků ze základních škol na vesnici, celkem 41 % v dané kategorii.

Pro zjištění, zda mají dřívější zkušenost s kouřením tabákových výrobků žáci základních škol ve městě, nebo žáci základních škol na vesnici, použijí výpočet průměrného věku těchto respondentů. Výsledky jsou uvedeny níže:

Průměrný věk první zkušenosti s kouřením tabáku u respondentů z městských základních škol je 11,75. Zaokrouhleně 12 let. Průměrný věk první zkušenosti s kouřením tabáku u respondentů z vesnických základních škol je 11,74. Zaokrouhleně rovněž 12 let.

Z těchto zjištěných údajů vyplývá, že průměrný věk první zkušenosti s kouřením tabákových výrobků je stejný u žáků z městských základních škol i u žáků z vesnických základních škol.

Věk, kdy respondenti začali s pravidelným kouřením tabákových výrobků

	9 let Nikdy nebo 10 let 11 let 12 let 13 let 14 let 15 let dříve								Celkem
Město	82 %	1 %	0 %	0 %	1 %	4 %	5 %	5 %	146 (100 %)
Vesnice	80 %	0 %	5 %	0 %	3 %	3 %	5 %	3 %	59 (100 %)
Celkem									205

Tabulka č. 4

Tabulka č. 4 zobrazuje porovnání odpovědí respondentů ze základních škol ve městě a respondentů ze základních škol na vesnici, kteří byli dotazováni na věk, v němž začali pravidelně kouřit tabákové výrobky.

Ze získaných dat vyplývá, že 81 % žáků pravidelně nekouří, tuto odpověď označilo celkem 167 žáků, z celkového počtu dotázaných. Žáků z městských základních škol, jež pravidelně nekouří je 120, celkem 82 % z respondentů v dané kategorii. Žáků z vesnických základních škol, kteří uvedli, že pravidelně nekouří, je 47, celkem 80 % v dané kategorii. Celkem 38 žáků uvedlo, že kouří pravidelně, tito žáci zahrnují 19 % z celkového počtu dotazovaných. Z městských základních škol uvedlo 26 žáků, že kouří pravidelně, celkem se jedná o 18 % respondentů v dané kategorii. Žáků z vesnických základních škol, kteří pravidelně kouří je 12, celkem 20% respondentů v dané kategorii.

Abych zjistila, zda s pravidelným kouřením začali dříve žáci na základních školách ve městě, nebo žáci na základních školách na vesnici, použiji výpočet průměrného věku těchto respondentů. Výsledky těchto zjištění jsou následovné:

Průměrný věk začátku pravidelného kouření tabákových výrobků žáků z městských základních škol je 13,5 let. Průměrný věk začátku pravidelného kouření tabákových výrobků žáků ze základních škol na vesnici je 12,6 let.

Ze zjištěných dat vyplývá, že s pravidelným kouřením začínají dříve žáci na základních školách na vesnici. Věkový rozdíl začátku pravidelného kouření tabákových výrobků je přibližně 1 rok.

Věk první zkušenosti s marihuanou

	Nikdy	9 let nebo dříve	10 let	11 let	12 let	13 let	14 let	15 let	Celkem
Město	79 %	2 %	0 %	0 %	1 %	4 %	10 %	5 %	146 (100 %)
Vesnice	88 %	0 %	0 %	0 %	2 %	3 %	5 %	2 %	59 (100 %)
Celkem									205

Tabulka č. 5

Tabulka č. 5 zobrazuje porovnání odpovědí respondentů ze základních škol ve městě a respondentů ze základních škol na vesnici, již byli dotazováni na první zkušenost z kouřením marihuany.

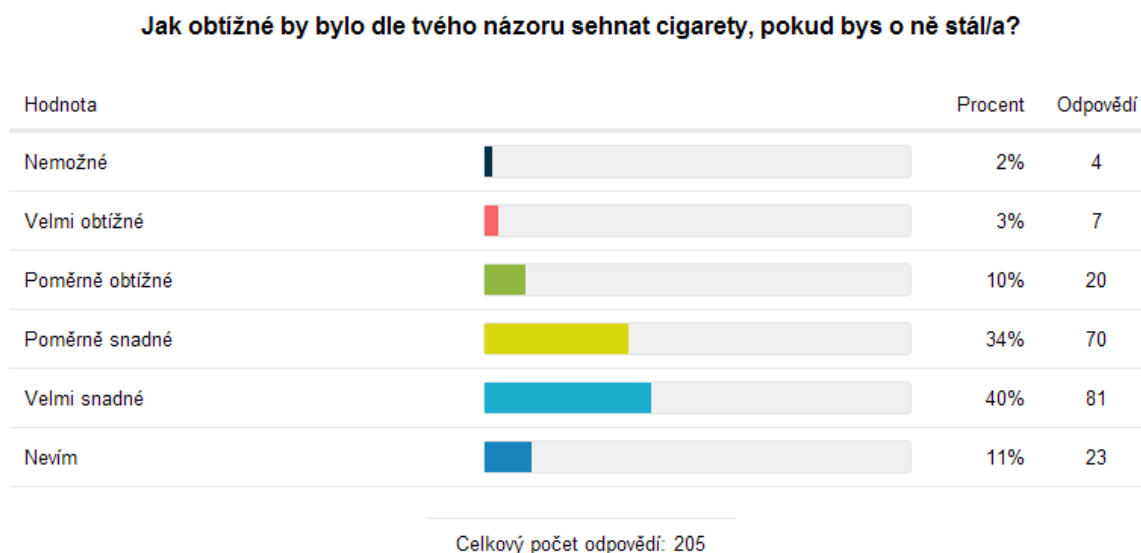
Celkem 81 % žáků uvedlo, že nemají zkušenost z kouřením marihuany, počet těchto žáků je 167. Respondenti z městských základních škol, kteří nemají zkušenost s kouřením marihuany, zastupují 79 % v dané kategorii, počet těchto žáků je 115. Respondenti z vesnických základních škol, kteří nemají zkušenost s kouřením marihuany, zastupují 88 % v dané kategorii, těchto žáků je celkem 52. Celkový počet žáků, již mají zkušenost s kouřením marihuany je 38, celkem 19 % z celkového počtu respondentů. Z těchto žáků je 31 z městských základních škol, celkem zahrnují 21 % respondentů v dané kategorii. S kouřením marihuany má zkušenost celkem 7 žáků ze základních škol na vesnici, tito respondenti zastupují 12 % v dané kategorii.

Pro zjištění, zda mají dřívější zkušenost s kouřením marihuany žáci základních škol ve městě, nebo žáci základních škol na vesnici, použijí výpočet průměrného věku těchto respondentů. Výsledky jsou následující:

Průměrný věk první zkušenosti s marihuanou u žáků základních škol ve městě je 13,5 let. Průměrný věk první zkušenosti s marihuanou žáků na vesnických základních školách je rovněž 13,5 let.

Z uvedených zjištění je patrné, že věk první zkušenosti s marihuanou je totožný jak u žáků městských základních škol, tak u žáků vesnických základních škol.

Dostupnost cigaret pro respondenty:



Graf č. 3

Graf č. 3 zobrazuje celkové výsledky týkající se dostupnosti cigaret pro tyto respondenty. Otázka přímo souvisí s Hypotézou č. 1. a bylo zjištěno následující:

Z Grafu č. 3 vyplývá, že pro většinu žáků by nebylo obtížné cigarety sehnat. Za velmi snadné to označuje 40 % respondentů, tedy celkem 81 žáků. Pro dalších 70 žáků by bylo poměrně snadné získat cigarety, tuto odpověď zvolilo celkem 34 % dotazovaných. Dalších 23 žáků uvedlo, že neví, jak snadné nebo obtížné by pro ně bylo sehnat cigarety, v celkovém přehledu je těchto žáků 11 %. Poměrně obtížné by cigarety shánělo 20 respondentů, kterých je celkem 10 %. 7 respondentů, tedy 3 % z celkového počtu odpovědí, označuje možnost sehnat cigarety, jako velmi obtížnou. Nemožné by pak bylo sehnat cigarety pro 4 žáky, tedy celkem pro 2 % respondentů.

Z vyhodnocení získaných dat vyplynulo, že pro většinu žáků je snadné získat cigarety. Tuto skutečnost uvedlo celkem 151 respondentů a tato skupina tvoří téměř 75 % ze všech dotázaných. Jaké jsou rozdíly mezi žáky základních škol ve městě a žáky základních škol na vesnici, popisují níže.

Jak obtížné je pro žáky získat cigarety – srovnání města a vesnice

	Nemožné	Velmi obtížné	Poměrně obtížné	Velmi snadné	Poměrně snadné	Nevím	Celkem
Město	1 %	3 %	9 %	39 %	36 %	11 %	146 (100 %)
Vesnice	3 %	3 %	12 %	41 %	29 %	12 %	59 (100 %)
Celkem							205

Tabulka č. 6

Při srovnání tohoto jevu na základních školách ve městě a na základních školách na vesnici, zjistíme, že jsou výsledky obdobné u obou kategorií. Podrobné výsledky zobrazuje Tabulka č. 6.

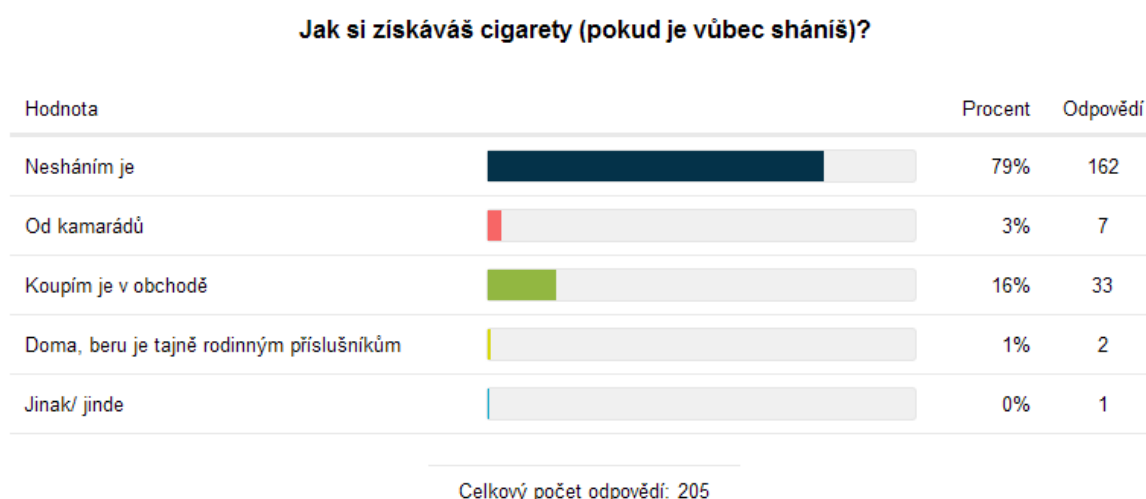
Spojím-li odpovědi „velmi snadné“ a „poměrně snadné“, zjišťuji, že žáků na městských základních školách, kteří uvedli tyto odpovědi, je celkem 110, tedy 75 % z celkového počtu respondentů ve městě. Žáků navštěvujících vesnické školy, kteří zvolili tyto odpovědi, je celkem 41, tedy 70 % z celkového počtu respondentů na vesnici.

Ze spojení odpovědí „nemožné“, „velmi obtížné“ a „poměrně obtížné“ vyplývá následující: Na městských základních školách je 20 žáků s těmito odpověďmi, celkem tvoří 13 % respondentů ze základních škol ve městě. Na vesnických základních školách je celkem 11 žáků s těmito odpověďmi, zastupují 18 % z celkového počtu respondentů ze základních škol na vesnici.

Z těchto zjištění vyplývá, že žáci základních škol ve městě i žáci základních škol na vesnici mají srovnatelně snadný přístup k cigaretám. Žáků, pro které není snadné získat cigarety, je o 5 % více na vesnických základních školách.

Jakým způsobem respondenti shání cigarety:

Porovnáním Grafu č. 3 a Grafu č. 4 byla zjištěna zajímavá skutečnost, a to konkrétně taková, že i přes to, že je pro většinu žáků snadné získat cigarety, je současně většina neshání. Odpověď „nesháním je“ uvedlo celkem 162 žáků, kteří dávají dohromady 79 % z celkového počtu respondentů. Celkem 33 respondentů uvedlo, že si cigarety koupí v obchodě, těchto žáků je celkem 16 %. Další možností, jak získat cigarety, je oslovit kamarády. Celkem 7 žáků uvedlo, že cigarety získávají od kamarádů, tato skupina zastupuje 3 % z celkového počtu respondentů. Další 1 % dotazovaných uvedlo, že berou cigarety tajně svým rodinným příslušníkům, tito žáci jsou celkem 2. A jeden z žáků vybral možnost jiné odpovědi, do které doplnil, že si o cigarety řekne svému sourozenci. Tyto výsledky zobrazuje Graf č. 4.



Graf č. 4

V následující Tabulce č. 7 je uvedeno jednotlivé rozdělení žáků, kteří uvedli, jakým způsobem si cigarety shání. Jednotlivé kategorie respondentů jsou opět rozděleny mezi žáky základních škol ve městě a žáky základních škol na vesnici.

Počty respondentů, kteří uvedli, že cigarety neshání, jsou následovné: Žáků ze základních škol ve městě je celkem 115 a tvoří 79 % z dané kategorie. Žáků, ze základních škol na vesnici, kteří cigarety neshání, je celkem 47 a tvoří 80 % dané kategorie.

Všichni respondenti, tedy žáci navštěvující ZŠ ve městě, nebo ZŠ na vesnici, co si cigarety získávají, ve své kategorii zastupují poměrově stejnou část. Jedná se konkrétně o 20 % žáků ze základních škol na vesnici, jejich celkový počet je 12, v městských základních školách je to 31 žáků, kteří si cigarety získávají, celkem 21 %.

Jak si žáci získávají cigarety – porovnání města a vesnice

	Nesháním je	Koupí je v obchodě	Od kamarádů	Berou je tajně rodinným příslušníkům	Řeknou sourozenci	Celkem
Město	79 %	17 %	2 %	1 %	1 %	146 (100 %)
Vesnice	80 %	11 %	7 %	2 %	0 %	59 (100 %)
Celkem						205

Tabulka č. 7

U 26 žáků základních škol ve městě bylo zjištěno, že nemají problém koupit cigarety v obchodě, tyto žáci zastupují 17 % dotázaných v dané kategorii. Tato odpověď je v porovnání se žáky základních škol na vesnici uváděna častěji. Z žáků na vesnici je 7 těch, co si koupí cigarety v obchodě, celkem 11 % dotázaných v dané kategorii. Z výsledků vyplývá, že žáci na vesnici při získávání cigaret, častěji osloví kamarády, než to činí žáci ve městě. Tito žáci byli na vesnici celkem 4 a tvoří 7 % respondentů v dané kategorii, přičemž žáci s touto odpovědí ve městě byli 3, celkem 2 % respondentů v dané kategorii. Odpověď „beru cigarety tajně rodinným příslušníkům“ označil 1 žák z městské základní školy, zastupující 1 % v dané kategorii. Rovněž 1 žák ze základní školy na vesnici označil tuto odpověď, ve své kategorii zastupuje 2 % dotázaných. Jeden žák ze základní školy ve městě uvedl, že si o cigarety řekne sourozenci, tento žák zastupuje 1 % z respondentů v dané kategorii.

Kontakt respondentů s marihuanou:

Jak obtížné by bylo dle Tvého názoru sehnat marihuanu, pokud bys o ni stál/a?

Hodnota		Procent	Odpovědí
Nemožné		12%	25
Velmi obtížné		18%	36
Poměrně obtížné		14%	29
Poměrně snadné		23%	47
Velmi snadné		14%	28
Nevím		20%	40

Celkový počet odpovědí: 205

Graf č. 5

U respondentů bylo zkoumáno, jak obtížné je pro ně získat marihuanu. Celkové výsledky zobrazuje Graf č. 5.

Nejčastější zvolenou odpovědí byla možnost „poměrně snadné“, kterou označilo celkem 47 respondentů, již zastupují 23 % z celkového počtu dotázaných. Pro 28 respondentů by bylo velmi snadné získat marihuanu, z celkového počtu dotázaných tuto odpověď označilo 14 % žáků. Možnost „velmi obtížné“ zvolilo celkem 36 respondentů, kteří zastupují 18 % z celkového počtu dotázaných. Sehnat marihuanu by pak pro 29 žáků bylo poměrně obtížné, tito respondenti zastupují 14 % dotázaných. Dalších 40 respondentů neví, jak obtížné by bylo získat marihuanu, tato volba zahrnuje 20 % žáků. Za nemožné tento akt považuje 25 respondentů, celkem tedy 12 % z celkového počtu dotázaných.

Je patrné, že jednotlivé kategorie jsou poměrně vyrovnané. Spojením odpovědí „velmi snadné“ a „poměrně snadné“ získávám skupinu čítající 75 respondentů, zastupující 37 % z celkového počtu dotázaných. Stejným postupem poté z odpovědí „velmi obtížné“, „poměrně obtížné“ a „nemožné“ získám celkem 90 respondentů, kteří v celkovém počtu dotázaných zahrnují 43 %. V tuto chvíli převažují žáci, pro které není snadné získat marihuanu.

Jak obtížné je pro žáky získat marihuanu – srovnání města a vesnice

	Nemožné	Velmi obtížné	Poměrně obtížné	Velmi snadné	Poměrně snadné	Nevím	Celkem respondentů
Město	10 %	16 %	14 %	14 %	25 %	20%	146 (100 %)
Vesnice	17 %	22 %	13 %	12 %	17 %	19%	59 (100 %)
Celkem							205

Tabulka č. 8

Při porovnání odpovědí žáků ze základních škol ve městě a žáků ze základních škol na vesnici, zjišťuji následující:

Z respondentů, kteří označili možnosti „velmi snadné“ a „poměrně snadné“, je celkem 58 žáků ze základních škol ve městě, celkem 39 % dotázaných v této kategorii. Respondentů ze základních škol na vesnici, označujících tyto odpovědi, je 17, celkem 29 % žáků v dané kategorii.

Spojení možností „nemožné“, „velmi obtížné“ a „poměrně obtížné“ znamená následující: Celkem 40 % dotazovaných, tedy 59 žáků označujících tyto odpovědi, je z městských základních škol. Ze základních škol na vesnici označilo tyto odpovědi celkem 31 žáků, celkem 52 % dotázaných v dané kategorii.

Při porovnání těchto skupin odpovědí vychází, že mezi žáky z města a mezi žáky z vesnice je 10 % rozdíl u obou skupin odpovědí. Přičemž kategorie žáků z městských základních škol, pro které je snadné získat marihuanu, je o 10 % větší než kategorie žáků z vesnických základních škol. Naopak kategorie žáků z městských základních škol, pro které je obtížné získat marihuanu, je o téměř 10 % menší než kategorie žáků z vesnických základních škol.

Jakým způsobem respondenti shání marihuanu:

Jak si získáváš marihuanu (pokud ji vůbec sháníš)?

Hodnota	Procent	Odpovědi
Nesháním ji	94%	193
Od kamarádů	3%	7
Koupím ji	2%	5

Celkový počet odpovědí: 205

Graf č. 6

Téměř všichni žáci ze všech dotázaných odpověděli, že marihuanu neshání. Jedná se konkrétně o 193 respondentů, již v celkovém počtu dotázaných zastupují 94 %. Dalších 7 žáků uvedlo, že marihuanu získává od kamarádů, tato skupina zastupuje 3 % z celkového počtu dotázaných. 5 respondentů uvedlo, že marihuanu koupí, tyto žáci zastupují 2% z celkového počtu dotázaných.

Porovnání odpovědí od respondentů ze základních škol ve městě a žáků ze základních škol na vesnici, zobrazuje Tabulka č. 9.

Jak si žáci získávají marihuanu – porovnání města a vesnice

	Nesháním ji	Od kamarádů	Koupím ji	Celkem
Město	95 %	3 %	2 %	146 (100 %)
Vesnice	94 %	3 %	3 %	59 (100 %)
Celkem				205

Tabulka č. 9

Celkem 95 % respondentů v dané kategorii, tedy 138 žáků z městských základních škol uvedlo, že marihuanu neshání. Stejně odpovědělo celkem 94 % respondentů v kategorii žáků z vesnických základních škol, tedy 55 žáků. Rozdělení žáků, kteří odpověděli, jak marihuanu shání je následovné: 5 žáků z městských základních škol získá marihuanu od kamarádů, celkem 3 % respondentů v dané kategorii. Tutéž odpověď zvolili 2 žáci z vesnických základních škol, celkem 3 % v dané kategorii. Možnost „koupím ji“ uvedli 3 žáci z městských základních škol, celkem 2 % v dané kategorii. Stejnou odpověď zvolili 2 žáci ze základních škol na vesnici, celkem 3 % v dané kategorii.

I přes to, že jsou odpovědi velmi vyrovnané, je žáků uvádějících konkrétní způsob získání marihuany procentuálně více z kategorie žáků základních škol na vesnici než z kategorie základních škol ve městě.

5.7.3 Volnočasové aktivity respondentů

Existence trvalé volnočasové aktivity:



Graf č. 7

Graf č. 7 zobrazuje, zda má daný respondent trvalý koníček, či nikoliv. Valná většina respondentů, dohromady celkem 172 žáků z celkového počtu dotázaných, uvedla, že trvalý koníček má, celkem tuto možnost zvolilo 84% dotázaných.

Pokud se podíváme na srovnání existence volnočasové aktivity mezi základními školami ve městě a na vesnici, jsou výsledky srovnatelné. V obou případech uvedlo přes 80% respondentů, že trvalý koníček má. Na základních školách ve městech je to 120 respondentů, z celkového počtu 146 dotázaných. Na základních školách na vesnici obsahuje skupina mající trvalý koníček 52 respondentů, z celkového počtu 59 dotázaných.

Konkrétní volnočasové aktivity respondentů:

Dotazník obsahoval otázku zaměřující se na konkrétní volnočasové aktivity daných respondentů. Ti, kteří uvedli, že trvalý koníček mají, mohli specifikovat, o jakou aktivitu se jedná. Z celkového počtu 205 dotazovaných, na tuto otázku neodpovědělo 34 respondentů. Ostatní odpovědi se týkaly různých oblastí volnočasových aktivit. První oblastí jsou sportovní aktivity, kde byl nejčastěji uveden fotbal, florbal, basketbal, běh, atletika, házená, posilování, volejbal, tanec, jízda na kole, jízda na koni, dále pak kick box, skateboarding, airsoft, parkour, golf, tenis, lední hokej nebo plavání. Z oblasti hudby pak nejčastější odpovědi obsahovaly zpěv, hru na hudební nástroj jako kytara, klavír, flétna, saxofon, bicí a objevil se i poslech hudby. Z výtvarných činností poté dotazovaní nejčastěji uváděli kreslení a malování, keramiku, šití, objevila se i práce se dřevem a kovem, vaření, práce v dílně s motorkou. Dalšími uvedenými aktivitami jsou například počítačové hry, čtení, procházky se psem, starání se o domácí mazlíčky, myslivost, zemědělství, rybaření, včelařství, střelba ze vzduchové pistole nebo malorážky, focení, tvoření videí, hasičský kroužek, jedna odpověď obsahovala sex.

5.7.4 Souvislost mezi volnočasovými aktivitami a užíváním návykových látek

V následující podkapitole zjišťuji, zda existuje určitá souvislost mezi užíváním návykových látek a existencí trvalého koníčku. Tyto zjištění přímo souvisí s Hypotézou č. 3.

Souvislost mezi volnočasovými aktivitami a kouřením cigaret

	Nikdy nekouřili cigaretu	Jednou kouřili cigaretu	Několikrát kouřili cigaretu	Denně kouří cigarety	Celkem
Má trvalý koníček	40 % - 68	28 % - 50	24 % - 41	8 % - 13	172 (100 %)
Nemá trvalý koníček	30 % - 10	25 % - 8	15 % - 5	30 % - 10	33 (100 %)
Celkem					205

Tabulka č. 10

V Tabulce č. 10 je zobrazena souvislost mezi kouřením cigaret u žáků, kteří uvedli, že trvalý koníček mají, a souvislost s kouřením cigaret u žáků, kteří uvedli, že trvalý koníček nemají.

Celkový počet žáků uvádějících, že nikdy nekouřili cigaretu, je 78, tito žáci zastupují 38 % respondentů. 28 % respondentů z celkového počtu dotázaných uvádí, že kouřilo cigaretu jednou, počet těchto žáků je 58. To, že několikrát kouřilo cigaretu, uvedlo 46 žáků, kteří zastupují 22 % z celkového počtu dotázaných. Odpověď „denně“ označilo celkem 23 respondentů, zastupujících 11 % z celkového počtu dotázaných.

Po rozdělení mezi žáky mající trvalý koníček a nemající trvalý koníček, jsou jednotlivé počty následovné:

To, že nikdy cigaretu nekouřili, uvedlo celkem 40 % respondentů, jenž trvalý koníček mají, celkový počet těchto žáků je 68. Odpověď „jednou“ uvedlo celkem 50 žáků s trvalým koníčkem, tito žáci zastupují 28 % v dané kategorii. Celkem 24 % respondentů, co mají trvalý koníček, uvedlo, že kouřili několikrát, těchto žáků je celkem 41. Odpověď „denně“ zvolilo celkem 13 žáků, kteří také zároveň uvedli, že trvalý koníček mají, celkové zastoupení těchto respondentů je 8 % v dané kategorii. Z žáků, kteří trvalý koníček nemají, uvedlo 30 %, celkem 10 respondentů z dané kategorie, že nikdy cigaretu nekouřili. Z těch, co trvalý koníček nemají, uvedlo celkem 8 žáků, zastupujících 25 % v dané kategorii, že kouřili cigaretu jednou. Odpověď

„několikrát“ zvolilo 5 žáků zastupujících 15 % respondentů bez trvalého koníčku. To, že kouří denně, uvedlo 30 % žáků bez trvalého koníčku, celkový počet těchto respondentů je 10.

Žáků, kteří kouřili cigaretu alespoň jednou, je v kategorii s trvalým koníčkem celkem 104, tito žáci zastupují 60 %. Mezi žáky bez koníčku je těch, kteří kouřili cigaretu alespoň jednou, celkem 23, tito žáci zastupují 70 % v dané kategorii.

Z těchto výsledků je patrné, že respondenti bez trvalé volnočasové aktivity, kouří cigarety častěji. Markantní rozdíl se projevil u žáků, kteří uvedli, že kouří denně. V kategorii žáků nemajících žádný trvalý koníček je denních kuřáků o 22 % více než těch co trvalý koníček mají.

Souvislost mezi volnočasovými aktivitami a kouřením marihuany

	Nikdy nekouřili marihuanu	Jednou kouřili marihuanu	Několikrát kouřili marihuanu	Denně kouří marihuanu	Celkem
Mám trvalý koníček	84 % - 145	8 % - 13	6 % - 11	2 % - 3	172 (100 %)
Nemám trvalý koníček	73 % - 24	12 % - 4	15 % - 5	0 %	33 (100 %)
Celkem					205

Tabulka č. 11

V Tabulce č. 11 je zobrazena souvislost mezi kouřením marihuany u žáků, kteří uvedli, že trvalý koníček mají, a u žáků, kteří uvedli, že trvalý koníček nemají.

Celkový počet žáků uvádějících, že nikdy nekouřili marihuanu, je 169, tito žáci zastupují 82 % respondentů. 8 % respondentů z celkového počtu dotázaných uvádí, že kouřilo marihuanu jednou, počet těchto žáků je 17. To, že několikrát kouřilo marihuanu, uvedlo 16 žáků, již zastupují 8 % z celkového počtu dotázaných. Odpověď „denně“ označili celkem 3 respondenti, zastupující 1 % z celkového počtu dotázaných.

Po rozdělení mezi žáky mající trvalý koníček a nemající trvalý koníček, jsou jednotlivé počty následovné:

To, že nikdy marihuanu nekouřilo, uvedlo celkem 84 % respondentů, co trvalý koníček mají, celkový počet těchto žáků je 145. Odpověď „jednou“ uvedlo celkem 13 žáků s trvalým

koníčkem, tyto žáci zastupují 8 % v dané kategorii. Celkem 6 % respondentů, kteří mají trvalý koníček, uvedlo, že kouřili marihuanu několikrát, těchto žáků je celkem 11. Odpověď „denně“ zvolili celkem 3 žáci, kteří zároveň uvedli, že trvalý koníček mají, celkové zastoupení těchto respondentů jsou 2 % v dané kategorii. Z žáků, kteří trvalý koníček nemají, uvedlo 73 %, celkem 24 respondentů z dané kategorie, že nikdy marihuanu nekouřili. Z těch, co trvalý koníček nemají, uvedli celkem 4 žáci, zastupující 12 % v dané kategorii, že kouřili marihuanu jednou. Odpověď „několikrát“ zvolilo 5 žáků zastupujících 15 % respondentů bez trvalého koníčku. Žádný z respondentů bez trvalého koníčku neuvedl, že marihuanu kouří denně.

Žáků, kteří kouřili marihuanu alespoň jednou, je v kategorii s trvalým koníčkem celkem 27, tyto žáci zastupují 16 %. Mezi žáky bez koníčku, je těch, kteří kouřili marihuanu alespoň jednou, celkem 9, tyto žáci zastupují 27 % v dané kategorii.

Z těchto zjištění vyplývá, že žáků bez trvalé volnočasové aktivity, kteří kouřili marihuanu alespoň jednou, je o 11% více. Zároveň ale žádný z těchto žáků neuvedl, že kouří marihuanu denně. Oproti tomu v kategorii žáků s trvalým koníčkem jsou celkem 3, kteří uvedli, že kouří marihuanu denně.

5.7.5 Existence preventivních programů ve školách dle respondentů



Graf č. 9

Odpovědi žáků na to, zda jejich škola nabízí preventivní programy, zobrazuje Graf č. 9.

Celkem 101 žáků uvedlo, že jejich škola nabízí preventivní programy, tyto respondenti zastupují 49 % z dotázaných. 21 žáků uvedlo, že jejich škola preventivní programy nenabízí, z celkového počtu dotázaných je těchto žáků 10 %. Odpověď „nevím“ zvolilo celkem 83 žáků, zastupujících 40 % z dotázaných.

Z tohoto grafu vyplývá, že 50 % žáků neví, zda jejich škola nabízí preventivní programy.

6 Shrnutí

Celkové výsledky z dotazníkového šetření, by nemuseli být považovány za reprezentativní, a to z důvodu nerovnoměrného rozložení mezi žáky základních škol na vesnici a základních škol ve městě; a nedostatečného počtu žáků z 8. tříd. Tyto skutečnosti jsem ovšem při vyhodnocení dat vzala v úvahu, a proto jsou vesnické i městské základní školy porovnávány procentuálním zastoupením respondentů v dané kategorii u jednotlivých otázek; a v některých otázkách je pracováno s průměrným věkem žáků z dané kategorie, nehledě na to, z jaké třídy jsou. Dalšími možnostmi, proč by mohla být získaná data zkreslena, jsou nepravdivé odpovědi žáků na dané otázky a nezastoupení základní školy z města s počtem obyvatel nad 10 000. Bohužel oslovené základní školy v obcích s počtem obyvatel nad 10 000, výzkum nepodpořili.

Do analýzy uvedené výše byly zahrnuty jen ty otázky z dotazníku, jež se přímo týkaly stanovených výzkumných otázek a jednotlivých hypotéz. Na všechny položené specifické výzkumné otázky se podařilo odpovědět. Výsledky týkající se hypotéz uvádím níže.

H1: Pro žáky navštěvující základní školu je snadné získat přístup k cigaretám.

Tato hypotéza byla potvrzena, neboť z celkových výsledků vyplynulo, že pro 74 % žáků je snadné získat cigarety.

Při porovnání základních škol ve městě a základních škol na vesnici, byly zjištěny obdobné výsledky. Kategorie žáků z městských základních škol, kteří uvedli, že je pro ně snadné získat cigarety, zastupuje o 5 % více respondentů než kategorie žáků ze základních škol na vesnici se stejnou odpovědí. Tento rozdíl může být ovlivněn počtem obchodníků v dané obci. Neboť pokud žák ve městě u jednoho obchodníka neuspěje, může zkusit cigarety koupit u jiného, tato možnost je na vesnici omezenější.

Je pro mě více než zarážející, že žáci základních škol, kteří se rozhodnou cigarety zakoupit v obchodě, uspějí. V kapitole 2.1.2 uvádím, že prodej tabákových výrobků osobám mladším 18 let, je zakázán. Z žáků ve městě, kteří cigarety shání, je celkem 17 % těch, kteří je koupí v obchodě. Z žáků na vesnici, kteří cigarety shání je 11 %, kteří vyberou tento způsob. Z celkových výsledků také vyplynulo, že v porovnání se žáky z městských základních škol, osoví při shánění cigaret své kamarády, o 5 % více žáků z vesnických základních škol. Současně ale 79 % žáků uvedlo, že cigarety neshání vůbec.

H2: Žáci, kteří navštěvují základní školu ve městě, mají dřívější zkušenost s kouřením tabákových cigaret i marihuany, než jejich vrstevníci na vesnici.

Tato hypotéza byla vyvrácena, neboť průměrný věk první zkušenosti s kouřením cigaret i průměrný věk první zkušenosti s kouřením marihuany je u obou kategorií stejný.

Z žáků, kteří uvedli, že mají zkušenost s kouřením cigaret, byl vypočítán průměrný věk první zkušenosti s kouřením cigaret, a bylo zjištěno, že tento věk je 12 let u žáků z městských i vesnických základních škol. Z žáků, kteří uvedli, že mají zkušenost s kouřením marihuany, byl vypočítán průměrný věk první zkušenosti s kouřením marihuany, a bylo zjištěno, že tento věk je 13,5 let u žáků z městských i vesnických základních škol.

Byl jistěn rozdíl mezi průměrným věkem začátku pravidelného kouření u žáků městských základních škol a vesnických základních škol. Přičemž dotazovaní žáci ze základních škol na vesnici začali kouřit o jeden rok dříve než dotazovaní žáci ze základních škol ve městě. Průměrný věk začátku pravidelného kouření tabákových výrobků žáků ze základních škol na vesnici je 12,6 let, a průměrný věk začátku pravidelného kouření tabákových výrobků žáků z městských základních škol je 13,5 let.

Zároveň ale ze získaných dat vyplynulo, že 81 % žáků pravidelně cigarety nekouří, a 81 % žáků nemá žádnou zkušenost z kouřením marihuany.

H3: Žáci základních škol, kteří nemají pravidelné koníčky, jsou častějšími uživateli návykových látek.

Tato hypotéza byla potvrzena jen u kouření tabákových výrobků, z celkových výsledků vyplynulo, že žáků, kteří denně kouří cigarety, je procentuálně více mezi žáky bez trvalého koníčku.

Mezi žáky bez trvalého koníčku je 30 % těch, kteří uvedli, že kouří cigarety denně, zatímco mezi žáky s trvalým koníčkem je 8 % těch, kteří kouří cigarety denně.

Pro užívání marihuany považují tuto hypotézu za vyvrácenou, jelikož žádný z žáků, který nemá trvalý koníček, neuvedl, že kouří marihuanu denně, zatímco z žáků s pravidelným koníčkem tuto odpověď označili 3 dotazovaní, jež tvoří 2 % v dané kategorii.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat zkušenosti žáků na základních školách v Ústeckém kraji s tabákovými výrobky a marihuanou, se zaměřením na to, kdy se s těmito látkami poprvé setkali a jak často je užívají. Dále bylo zjišťováno, zda existuje vztah mezi vykonávanými koníčky žáků ve starším školním věku a jejich zkušenostmi s návykovými látkami.

V teoretické části je charakterizována cílová skupina, tedy žáci ve starším školním věku, dále jsou vysvětleny pojmy riziková skupina a rizikové chování. Popisovány jsou i pojmy týkající se návykových látek, závislosti a prevence rizikového chování. S ohledem na téma práce, je detailněji zpracována kategorie tabákových výrobků a konopných látek. Empirická část, která je rovněž součástí práce, popisuje data získaná z dotazníkového šetření, která se vztahují k specifickým výzkumným otázkám a hypotézám.

Ačkoliv nebylo dosaženo reprezentativních výsledků z důvodu nerovnoměrného rozložení mezi žáky základních škol ve městě a žáky základních škol na vesnici; a nerovnoměrného rozložení mezi žáky jednotlivých tříd, můžeme z výsledků dotazníkového šetření vyvodit následující: Pro žáky ve starším školním věku je snadné získat cigarety. Pro většinu žáků ve starším školním věku, kteří cigarety shání, není těžké zakoupit je v obchodě. Průměrný věk první zkušenosti s užíváním návykových látek je u žáků těchto základních škol ve městě i na vesnici stejný. Z žáků, kteří pravidelně kouří, je více těch, kteří nemají pravidelný koníček. Polovina dotazovaných žáků neví, zda jejich škola nabízí preventivní programy.

Na základě těchto zjištění, bych doporučila zaměřit se na kontrolu obchodníků, kteří prodávají tabákové výrobky osobám, kterým není 18 let, a na důrazné postihování těchto obchodníků, kteří tento zákon poruší. Věnovat větší pozornost preventivním programům na základních školách. Informovat žáky o tom, co jsou preventivní programy a tyto programy efektivně provádět.

Vzhledem k velikosti zkoumaného souboru a zastoupení menších obcí, nelze výsledky zobecňovat na všechny žáky ze škol v Ústeckém kraji.

Po celkovém souhrnu výsledků bych doporučila tuto práci rozvést, obsáhnout i další obce v Ústeckém kraji, a hledat více souvislostí mezi jednotlivými odpověďmi. Bohužel rozsah bakalářské práce tuto možnost nedovoluje.

Seznam použité literatury

- 1) CSÉMY, Ladislav, Pavla CHOMYNOVÁ a Petr SADÍLEK. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): výsledky průzkumu v České republice v roce ..* Praha: Úřad vlády ČR, 2009. ISBN 80-867-3494-3.
- 2) DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7.
- 3) ENGELANDER, Marnie. *Efektivní regulace užívání marihuany: jak pracovat s lidmi, aby omezili nebo přestali užívat konopí*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2010. Metodika (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-041-4.
- 4) GALLÀ, Maurice. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí: Příručka o efektivní školní drogové prevenci*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. Metodika (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-867-3438-2.
- 5) GÖHLERT, Fr.-Christoph a Frank KÜHN. *Od návyku k závislosti: toxikomanie : drogy: účinky a terapie*. Praha: Ikar, 2001. Pro zdraví. ISBN 80-720-2950-9.
- 6) HAMANOVÁ, Jana a Zdeněk MATĚJČEK. *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence: 1. odborný seminář, 5.-7. září 2000, SZÚ Praha*. Praha: Free Teens Press, 2000. ISBN 80-902-8980-0.
- 7) HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-716-9277-8.
- 8) JEŘÁBEK, Petr. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.
- 9) JESSOR, R. Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*. 1991, **12**(8), 597-605. DOI: 10.1016/1054-139X(91)90007-K. ISSN 1054139x. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/1054139X9190007K>
- 10) KABÍČEK, Pavel, Ladislav CSÉMY a Jana HAMANOVÁ. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-793-4.
- 11) KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-867-3405-6.
- 12) KALINA, Kamil. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. 1. Praha: Filia nova, 2001. ISBN 80-238-8014-4.
- 13) KOLEKTIV AUTORŮ, KOŽEŠNÍK, Jaroslav a Miroslav ŠTĚPÁNEK (eds.). *Ilustrovaný encyklopedický slovník: I. díl A-I*. Praha: Academia, 1980. ISBN 21-044-80. 505-21-856.
- 14) MARÁDOVÁ, Eva. *Prevence závislostí*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-869-9170-9.
- 15) MIOVSKÝ, Michal. *Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-0865-2.

- 16) MIOVSKÝ, Michal, Lenka SKÁCELOVÁ, Jana ZAPLETALOVÁ a Petr NOVÁK. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Sdružení SCAN, 2010. ISBN 970-80-87258-47-7.
- 17) NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-851-2152-2.
- 18) PRESL, Jiří. *Drogová závislost*. 2. rozšířené vydání 1995. Praha: MAXDORF, 1995. ISBN 80-85800-25-X.
- 19) SVOBODOVÁ, Jitka. Detoxifikace dětí a mladistvých závislých na nealkoholových drogách. *Psychiatrie pro praxi*. 2009, 79-82.
- 20) KOLEKTIV AUTORŮ, ŠTĚPÁNEK, Miroslav a Jaroslav KOŽEŠNÍK (eds.). *Ilustrovaný encyklopedický slovník: II. díl J - Pri*. Praha: Academia, 1980. ISBN 21-080-81.
- 21) ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů. In: *Portal.gov.cz*. Praha: Parlament České republiky, 1998, ročník 1998, Zákon 167/1998 Sb.
- 22) *Drogy: otázky a odpovědi : [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. Praha: Portál, 2007. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-223-2.
- 23) ČESKÁ REPUBLIKA. Nařízení o seznamech návykových látek. In: *Portal.gov.cz*. Praha: Vláda České republiky, 2013, ročník 2013, Nařízení 463/2013 Sb.
- 24) *Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže*. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky, 2013.
- 25) ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. In: *Portal.gov.cz*. Praha: Parlament České republiky, 2005, ročník 2005, 133/2005 Sb., Zákon 379/2005 Sb.
- 26) *Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy*. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky, 2009.
- 27) MIOVSKÝ, M., ZAPLETALOVÁ, J. (2006). *Primární prevence rizikového chování na rozcestí: specializace versus integrace*. Příspěvek přednesený na III. ročníku celostátní konference Primární prevence rizikového chování „specializace versus integrace“, 27.-28.11.2006, Praha. Sborník abstrakt, 21.

Internetové zdroje:

Historie kouření cigaret a tabáku- informace: Historie kouření tabáku a cigaret. *Kuřákova-plíce.cz* [online]. Olomouc: Eva Mlčochová, 2016 [cit. 2016-07-22]. Dostupné z: http://www.kurakova-plice.cz/koureni_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/fakta-o-koureni/25-historie-koureni-tabaku-a-jine-zajimave-informace.html

Nespecifická primární prevence. *Prevence-info.cz* [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky, c2010-2016 [cit. 2016-07-20]. Dostupné z: <http://www.prevence-info.cz/p-prevence/nespecificka-primarni-prevence>

Nikotin - základní informace o nikotinu a jeho účinku v organismu. *Kuřákova-plíce.cz* [online]. Olomouc: Eva Mlčochová, 2016 [cit. 2016-07-22]. Dostupné z: http://www.kurakova-plice.cz/koureni_cigaret/zdravi/nikotin-a-informace-o-nem/50-nikotin-zakladni-informace-o-nikotinu-a-jeho-ucinku-v-organismu.html

Primární prevence: Minimální preventivní program. *Adiktologie.cz* [online]. Praha: Lenka čablová, 2012 [cit. 2016-07-28]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/70/3887/Minimalni-preventivni-program>

Rizika vzniku závislostí: Rizikové vlastnosti pro vznik závislostí. *Www.odvykani-koureni.cz* [online]. Praha: Společnost pro prevenci nemocí, 2016 [cit. 2016-07-14]. Dostupné z: <http://www.odvykani-koureni.cz/rizika-vzniku-zavislosti> Primární prevence rizikového chování na rozcestí: specializace versus integrace.

Specifická primární prevence. *Prevence.info.cz* [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky, c2010-2016 [cit. 2016-07-20]. Dostupné z: <http://www.prevence-info.cz/p-prevence/specificka-primarni-prevence>

Tisková zpráva MMM 2016: My máme legalizováno!. *Legalizace.cz* [online]. Praha: Robert Veverka, 2016 [cit. 2016-07-24]. Dostupné z: <http://mmm.legalizace.cz/article/my-m-me-legalizov-no>